Rok LII. Kraków, dnia 8. lutego 1913. Nr 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V. a) Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymaryusz: Dr Eugeniusz Borzęcki

Wpływ salwarsanu i neosalwarsanu na narząd krwionośny w przebiegu kiły.

Podali
Dr Tadeusz Tempka i Dr Ksawery Walter.

Salwarsan i neosalwarsan obok wybitnego działania leczniczego w kile, mogą wywierać także ujemny wpływ na ustrój. I tak, co do narządu krążenia, spotykamy nieraz znaczne obniżenie ciśnienia tętniczego. Już Nicolai stwierdził przy podskórnem stosowaniu salwarsanu obniżenie ciśnienia, a prace Hoke-Riehla, Heringa, Camusa i Burziego w zupełności to potwierdziły. Między innymi Sieskind i Gennerich znajdowali przy szczegółowo przeprowadzonych badaniach po śródżylnych wlewaniach salwarsanu znaczne obniżenie ciśnienia tętniczego, pierwszy średnio o 30—40 cm słupa wody (mierzone tonometrem Recklinghausena), drugi o 10—20 mm słupa rtęci (Riva-Rocci), który to spadek utrzymywał się średnio 1—3 dni.

Doświadczenia nasze nad działaniem salwarsanu i neosalwarsanu co do obniżania ciśnienia tętniczego wykonaliśmy w 20 przypadkach[1]), z czego połowa przypadała na doświadczenia z salwarsanem, druga z neosalwarsanem. Ustaliwszy średnią wysokość parcia krwi przez kilkakrotne poprzednie mierzenie przyrządem Riva-Rocciego, wlewaliśmy dawkę salwarsanu 0·4, a neosalwarsanu 0·6, w żyłę środkową przedramienia. Rozczyn przyrządzaliśmy według przepisów Ehrlicha: salwarsan rozpuszczaliśmy w 150—200 cm^3 wyjałowionego 0·5% rozczynu soli kuchennej, po zalkalizowaniu 15% ługiem sodowym, a neosalwarsan również w tej samej ilości 0·5% rozczynu soli kuchennej. Natychmiast po dokonaniu zabiegu spostrzegaliśmy w 11 przypadkach obniżenie parcia (6 przypadków po salwarsanie, a 5 po neosalwarsanie) o 5—10 mm słupa rtęci, który to spadek po 15 minutach dosięgał wysokości 10—30 mm; w 4 przypadkach nie zauważyliśmy żadnych zmian w ciśnieniu zaraz po dokonanem wlewaniu, a w 5 przypadkach (3 salwarsan, 2 neosalwarsan) wystąpiło podniesienie się ciśnienia o 5—15 mm, które jednak po kilku minutach ustępowało miejsca spadkowi ciśnienia. Obniżenie parcia krwi utrzymywało się średnio przez 3 dni, w 5 przypadkach trwało 5—6 dni, a w jednym przypadku po neosalwarsanie obniżenie ciśnienia o 15—20 mm trwało 9 dni. Różnicy więc w działaniu salwarsanu i neosalwarsanu na ciśnienie — nie zauważyliśmy.

Z innych objawów przedmiotowych, występujących po wlewaniu czyto pierwszego, czy drugiego przetworu, należy wspomnieć o przyspieszeniu czynności serca, w niektórych przypadkach nawet o 40—50 uderzeń na minutę; niemiarowość tętna (arrhythmia) stwierdziliśmy tylko w 2 przypadkach, utrzymującą się przez 3 godziny, w jednym natomiast przypadku zauważyliśmy obniżenie się tętna z 80 uderzeń na 60. Objawów klinicznych, dowodzących niedomogi czynnościowej serca, nigdy nie zauważyliśmy. Z objawów podmiotowych należy zaznaczyć kołatanie serca i uczucie ściskania w jego okolicy. Objawy te wkrótce przemijały.

Przyczyny spadku ciśnienia tętniczego po salwarsanie tłómaczono sobie różnie. I tak Hoke i Riehl, którzy przeprowadzili doświadczenia na królikach, wyłączają serce, jako przyczynę spadku ciśnienia, a upatrują ją w działaniu arsenu, zawartego w przetworach Ehrlicha, na napięcie ścian naczyniowych. Sieskind przypuszcza, że obniżenie polega na działaniu porażającem komórki mięsne tętnic krezkowych przez co następuje większy przypływ krwi do jamy brzusznej, a co za tem idzie, spadek ciśnienia w naczyniach obwodowych; Gennerich przyjmuje oprócz działania rozszerzającego naczynia, także wpływ toksyczny na mięsień sercowy. Niedawno ogłoszone doświadczenia Czubalskiego, wykonane na psach, jak również i na izolowanych sercach kotów, wykazują przyczynę obniżenia parcia w działaniu arsenu na ośrodki naczynioruchowe, wyłączając jakąkolwiek rolę układu naczynioruchowego obwodowego; z doświadczeń zaś, wykonanych na izolowanych sercach kotów, a potwierdzonych przez badania Archangelskiego, wysnuwa Czubalski wniosek, że nie zachodzi tu tylko trujące działanie arsenu na serce, ale że pewną rolę odgrywa i ilość ługu sodowego, zużytego do zalkalizowania kwaśnego rozczynu salwarsanu.

Znanym jest powszechnie szereg objawów odczynowych, występujących w parę godzin po wlewaniach śródżylnych tak salwarsanu, jak i neosalwarsanu. Odczyn ten objawia się u rozmaitych osób w mniejszym lub większym stopniu podniesieniem ciepłoty, nieraz do 39°—40° C., dreszczami, silnemi wymiotami, biegunką, bólami głowy. Objawy te trwają parę godzin, rzadko utrzymują się czas dłuższy. Tłó-

[1]) Prymaryuszowi Dr E. Borzęckiemu składamy podziękowanie za odstąpienie nam materyału i cenne wskazówki.

maczeń przyczyn tego odczynu ustroju było dosyć; między innemi obwiniano niezupełnie jałowe przygotowanie roztworu soli kuchennej, to znów przypisywano odczyn ten działaniu toksyn, uwolnionych po zabiciu krętków Schaudinna.

Wprowadzając rozczyn alkaliczny salwarsanu, staraliśmy się przekonać, czy nie występują przypadkiem zmiany w chemicznem oddziaływaniu krwi, wywołane czy to następowym rozpadem przetworu, czy też jego przeobrażeniem. Zasadowość krwi obliczaliśmy alkalimetrem Engla kilkakrotnie przed wlewaniem, bezpośrednio po dokonaniu zabiegu, w 15 minut, w 1 godzinę i w 5—6 godzin, t. j. właśnie w czasie trwania owych objawów. Już w krótki czas po wprowadzeniu salwarsanu do żyły znajdowaliśmy podniesienie się zasadowości krwi średnio o 30 mg NaOH, obliczonych na 100 cm³ badanej krwi; to zwiększone oddziaływanie zasadowe trwało krótko, tak, że w czasie trwania objawów oddziaływanie krwi już było prawidłowe. Neosalwarsan natomiast, jako rozczyn obojętny, nie wywoływał żadnych zmian zasadowości krwi. Salwarsan więc w odpowiedni sposób przygotowany i neosalwarsan, wprowadzone śródżylnie, nie wywołują żadnych znaczniejszych i trwalszych zmian w oddziaływaniu chemicznem krwi, któreby mogły tłómaczyć występowanie owych toksycznych objawów.

Przechodzimy teraz do spostrzeżeń nad wpływem przetworów Ehrlicha na układ krwiotwórczy. Znaczną poprawę stwierdzaliśmy w przypadkach niedokrwistości na tle kiły; arsen zawarty w salwarsanie w ilości 31·5%, a w neosalwarsanie w ilości 21·7%, działa wybitnie podniecająco na narządy krwiotwórcze. Przeważna część naszych 30 chorych dotknięta była objawami znacznej niedokrwistości, tak, że ilość hemoglobiny wynosiła niekiedy 50⁰—60⁰ (Sahli). Ilość ciałek czerwonych również była zmniejszona w odpowiednim stopniu. Badając krew w tydzień lub 10 dni po wlewaniu, znajdowaliśmy w przeważającej liczbie przypadków zwiększenie się ilości Hb o 5⁰—10⁰—12⁰, a nawet w 2 przypadkach o 15⁰; nigdy natomiast nie zauważyliśmy zmniejszania się ilości hemoglobiny. Ilość ciałek czerwonych wzrastała znacznie, czasem o milion. Co do ciałek białych, to spostrzegaliśmy w parę godzin po wlewaniu mniej lub więcej wybitną leukocytozę (14—17.000), utrzymującą się krótki czas.

We wzajemnym stosunku ciałek białych, a zwłaszcza limfocytów do leukocytów neutrochłonnych, nie zauważyliśmy wybitniejszych zmian; w pięciu tylko przypadkach zauważyliśmy po wlaniu salwarsanu zmniejszenie się procentowej wartości limfocytów, poprzednio, przed dokonaniem zabiegu, wysokiej. Większe zmiany spostrzegaliśmy w zachowaniu się ciałek eozynochłonnych. Ilość ich, w przypadkach dłużej trwającej kiły zawsze znaczna (średnio dochodząca do 5%, czasem nawet 10%), uległa w 19 przypadkach zmniejszeniu średnio do 2%, w 9 przypadkach pozostała ta sama (4%), a w 5 przypadkach nawet nieco się zwiększyła. Ilość komórek tucznych, również niejednokrotnie zwiększona (2%), ulegała zmniejszeniu.

Najciekawsze jednak zmiany zauważyliśmy w obrazie ciałek obojętnochłonnych według Arnetha. Badając krew osób, dotkniętych chorobami zakaźnemi, doszedł Arneth do wniosku, że obraz ciałek białych neutrochłonnych, stanowiących ¾ ogólnej ilości ciałek białych, doznaje pewnych zmian jakościowych. Tym zmianom przypisywał on znaczenie w ocenianiu ciężkości przypadków, jak i rokowaniu, przyznając ciałkom obojętnochłonnym największe znaczenie w walce z czynnikiem zakaźnym. Ciałka obojętnochłonne podzielił on na 5 klas według ilości jąder. Do klasy pierwszej zaliczył ciałka o jednem jądrze, mniej lub więcej wybitnie wklęsłem, jak również i myelocyty obojętnochłonne; do klasy drugiej ciałka dwujądrzaste i t. d. aż do klasy piątej o pięciu, lub nawet więcej jądrach. Ciałka zaliczone do klas I. i II. uważa Arneth za formy najmłodsze, które potem starzejąc się, dzielą swe jądra. I te właśnie ciałka neutrochłonne o większej ilości jąder stanowią według Arnetha najstarszą i najsilniejszą załogę w walce z zakażeniem. Gdy sprawa chorobowa trwa pewien czas, giną naprzód ciałka starsze, należące do klas wyższych, a narząd krwiotwórczy wysyła na ich miejsce formy młode jedno- i dwujądrzaste. Z chwilą powrotu do zdrowia stan ciałek wraca do obrazu prawidłowego, jak przed zakażeniem.

Preparaty barwiliśmy metodą Ehrlicha, Jennera, May-Grünwalda i Pappenheima; zwłaszcza sposób Pappenheima oddawał nam dobre usługi, gdyż bardzo wybitnie uwydatniał jądra ciałek obojętnochłonnych. Prawidłowy obraz krwi do badań według Arnetha ustaliliśmy przez kilkakrotne badanie krwi całego szeregu osób zdrowych; przedstawiał się on następująco:

kl. I. 5%, kl. II. 30%, kl. III. 45%, kl. IV. 15%, kl. V. 5%.

Nadmienić należy, że w ocenianiu ilości jąder nie uwzględnialiśmy cieniutkich nitkowatych połączeń między pojedynczemi jądrami.

We wszystkich prawie nieleczonych lub niedostatecznie leczonych przypadkach kiły drugorzędnej i trzeciorzędnej, jak i w okresie wylęgania się kiły drugorzędnej, znajdowaliśmy w obrazie krwi według Arnetha, przed zastosowaniem salwarsanu, względnie neosalwarsanu, wybitne przesunięcie na lewo. I tak ciałek, zaliczonych do klasy I., było średnio 16—20%, a nawet w jednym przypadku ciężkiej kiły drugorzędnej 46%. W drugiej klasie było średnio 40—45%, w trzeciej 25—30%, w czwartej 5—10%, w piątej 2%. W okresie zmiany pierwotnej, gdzie zakażenie datowało się od niedawnego czasu, gdzie jeszcze odczyn W. N. B. był ujemny, nie zauważyliśmy przesunięcia obrazu krwi według Arnetha na lewo.

Badając krew w 7—10 dni po wlaniu salwarsanu względnie neosalwarsanu, znajdowaliśmy wybitne polepszenie i obraz krwi co do jakości ciałek białych zbliżał się lub wracał do stanu prawidłowego; ilość ciałek, zaliczonych do klas III—V, zwiększała się w przeważającej liczbie przypadków, przy równoczesnem, odpowiedniem zmniejszaniu się ilości ciałek klas niższych. W czterech przypadkach, leczonych neosalwarsanem, poprawy nie było.

Pomimo, że badania Arnetha wielu autorów podaje w wątpliwość, nie przypisując im żadnego znaczenia w rozpoznawaniu, ani w rokowaniu, jużto zarzucając mu podmiotowość w ocenianiu ilości jąder, jużto wady w przyrządzaniu preparatów, to jednak na podstawie naszych badań dochodzimy do pewnych wniosków. Znajdując prawie zawsze obraz krwi, odpowiadający badaniom Arnetha, musimy przyjąć, że kiła wywołuje pewne zmiany w obrazie

jakościowym ciałek białych. W okresie wylęgania się kiły drugorzędnej, w okresie kiły drugo- i trzeciorzędnej, znajdujemy zawsze przesunięcie w obrazie krwi według Arnetha na lewo; po zastosowaniu przetworów Ehrlicha obraz ciałek białych zbliża się do stanu prawidłowego, przesuwa się z powrotem na prawo.

Na podstawie naszych badań dochodzimy do następujących wniosków:

Salwarsan w rozczynie zasadowym, jak również neosalwarsan, stosowane śródżylnie,

1) wywołują: obniżenie ciśnienia bezpośrednio, lub w parę minut po zastosowaniu, utrzymujące się średnio 4 dni, będące prawdopodobnie pochodzenia centralnego;

2) zwiększają ilość uderzeń serca;

3) oba środki nie wywołują znaczniejszych zmian w oddziaływaniu krwi, prócz krótkotrwałego podniesienia zasadowości po salwarsanie;

4) zwiękzają ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych; wywołują przejściową leukocytozę;

5) w stosunku limfocytów do leukocytów obojętnochłonnych, jakoteż limfocytów dużych do małych, nie wywołują żadnych zmian wybitniejszych.

6) Ilość ciałek eozynochłonnych, jak również i komórek tucznych ulega zmniejszeniu.

7) Obraz krwi według Arnetha ulega znacznemu przesunięciu na prawo.

Mając na względzie jedno z wybitniejszych działań przetworów Ehrlicha, a mianowicie obniżenie ciśnienia tętniczego, czasem dłuższy czas utrzymujące się, należałoby zachować pewną ostrożność w stosowaniu tych przetworów w przypadkach zmian w układzie krążenia, gdzie ciśnienie już uległo spadkowi. Z tych samych względów należałoby badać ciśnienie przed zastosowaniem drugiego wlewania, gdyż, jak z naszych doświadczeń wynika, spadek ciśnienia może się utrzymywać przez czas dłuższy.

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego (Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

Doświadczenia kliniczne z salwarsanem.

(Na podstawie dwuletnich spostrzeżeń).

Podał

Dr Z. Wachtel

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Dla ilustracyi opiszę jeden przypadek typowej chloranemii, w którym stosowano salwarsan śródżylnie, a równocześnie podawano żelazo wewnętrznie.

L. Dz. 474. L. t. 28. 9. D., l. 8. zgłosiła się do tutejszej kliniki dnia 14. VI. 1912 z powodu ogólnego osłabienia, braku łaknienia i bicia serca.

Rozpoznanie kliniczne: Chloranaemia.

Narządy wewnętrzne prócz szmeru skurczowego nad końcem serca bez zmian; nad żyłami szyjnemi wyraźne buczenie. Ciepłota ciała dochodziła wieczorami do 37·9°. Mocz jasny o c. g. 1,018, bez białka i cukru. Badanie żołądka wykazało zupełny brak wolnego kwasu solnego po śniadaniu próbnem (achylia gastrica). Badanie stolca nie wykryło niczego nieprawidłowego.

Badanie cytologiczne krwi zaraz po zgłoszeniu się do kliniki: Krew w całości bardziej wodnista, ilość krwinek białych 5,000, ilość krwinek czerwonych 2,509,000, Hb 30% (Sahli), wskaźnik Hb 0·57. W krwi barwionej prócz nielicznych mikrocytów nie znaleziono nic nieprawidłowego.

Wobec tego, że po podawaniu żelaza wewnętrznie nie zauważono żadnej poprawy, wstrzyknięto śródżylnie salwarsan w ilości 0·40. Przy równoczesnem podawaniu żelaza wewnętrznie po wstrzyknięciu stan chorej zupełnie się nie zmienił. Ciepłota ciała, która przed wstrzyknięciem wieczorami była podwyższona, utrzymywała się nadal w tych samych granicach.

W osiem dni po wstrzyknięciu badana krew przedstawiała się już nieco inaczej. Ilość krwinek czerwonych 3000, ilość krwinek białych 5,000, Hb 33%. We krwi barwionej stosunki zupełnie podobne, jak przed wstrzyknięciem. Ponieważ już w tak krótkim czasie po wstrzyknięciu nastąpiła pewna poprawa tak w obrazie krwi, jakoteż w ogólnym stanie chorej, wstrzyknięto po 12 dniach po raz drugi 0·5 salwarsanu śródżylnie. W godzinę po wstrzyknięciu wystąpiły silne dreszcze, połączone z wzniesieniem ciepłoty, dochodzącem do 38·6°; podmiotowych dolegliwości żadnych chora nie miała. Po 24 godzinach ciepłota ciała spadła na 36·4°. Od tego czasu ciepłota ciała nie przekraczała nigdy granicy prawidłowej, chora czuła się lepiej, osłabienie ogólne zaczęło ustępować, a krew w 10 dni po wstrzyknięciu przedstawiała się następująco: Wodnistość krwi znacznie mniejsza. Ilość krwinek białych 6·400, krwinek czerwonych 3,640.000, Hb 68%; w krwi barwionej zauważono względne powiększenie tak limfocytów małych, jakoteż i dużych.

Stan chorej wogóle się poprawił, szmer nad końcem serca słabiej słyszalny, buczenie nad żyłami ustąpiło. Chorej przybyło 2 klg ciężaru.

W tym przypadku można było zauważyć, że równocześnie ze zmniejszeniem się wodnistości krwi ustąpił szmer nad końcem serca i buczenie nad żyłami szyjnemi. Zgadzałoby się to z teoryą Botkina i Manuchina, którzy buczenie nad żyłami i szmer w sercu u niedokrwistych tłomaczą zwiększoną szybkością prądu krwi. Zwiększoną szybkość prądu odnoszą oni w blednicy do większej wodnistości krwi, która sprawia, że krew mniej przylega do ścian naczyń, wskutek czego prąd krwi jest znacznie szybszy, niż we krwi prawidłowej. W tym przypadku było widoczne skombinowane działanie żelaza z arsenem, który podawano w postaci salwarsanu. Żelazo wywoływało szybki przyrost hemoglobiny w ciałkach czerwonych, a arsen działał na odrodzenie się ciałek czerwonych.

Że żelazo nie zawsze w blednicy działa i sprawia często dolegliwości żołądkowe, można temu przypisać, że w blednicy i w ogóle w niedokrwistościach czasami jest bardzo mało lub zupełnie brak wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym, a żelazo rozpuszcza się w żołądku tylko w obecności kwasu solnego. Dlatego też w takich przypadkach podawano w klinice krakowskiej kilka razy dziennie rozcieńczony kwas solny, który usuwał dolegliwości żołądkowe i może przyspieszał rozpuszczenie się żelaza w żołądku.

Prócz tych przypadków niedokrwistości, gdzie nie można było znaleść przyczyny, stosowano salwarsan w kilkunastu (16) przypadkach o znanej przyczynie, t. j. w niedokrwistościach następowych przy długotrwałej zimnicy i w niedokrwistościach na tle kiłowem.

W niedokrwistościach kiłowych salwarsan zawsze działał korzystnie na przyrost hemoglobiny, na przyrost ciałek czerwonych, jakoteż na ogólną przemianę materyi.

Jeden przypadek, gdzie salwarsan zadziałał korzystnie na ogólny obraz choroby przy niedokrwistości na tle chery zimniczej, opiszę ze względu na dość szczególny przebieg.

L. Dz. 426. L. ł. 9. J. M., l. 19, robotnik z Zagłębia dąbrowskiego. Rozpoznanie kliniczne: Anaemia gravis consecutiva malarica.

Wywiady z dnia 24. V. 1912: Według podania chorego obecna choroba miała się rozpocząć w czerwcu ubiegłego roku. Chory miał wówczas co drugi dzień wieczorem mieć podwyższoną ciepłotę ciała, poprzedzoną zawsze silnymi dreszczami. Już poprzednio przed tą chorobą miał być dość blady, a bladość ta miała się podczas choroby jeszcze zwiększyć. Po kilku tygodniach prócz dreszczy i podniesienia ciepłoty przyłączyła się jeszcze biegunka z bolesnem parciem na stolec (5 do 6 stolców dziennie) tak, że chory był z tego powodu bardzo osłabiony i z małemi przerwami prawie cały rok przeleżał w łóżku. W zimie miewał też często dość obfite krwotoki z nosa.

Przypadłości podmiotowe i przedmiotowe po zgłoszeniu się do kliniki były następujące: Ogólne osłabienie bardzo znacznego stopnia, poty bardzo obfite, zwłaszcza w nocy, łaknienie upośledzone, pragnienie wzmożone, rano czasem nudności. Czasami nieznaczne pobolewanie w dolnej części brzucha. Co kilka dni wymioty na czczo, połączone z nudnościami (wymiociny składają się z płynu zielonkowatego ze znaczną ilością śluzu bez śladu spożytych potraw, o oddziaływaniu obojętnem).

Kościec dobrze zbudowany, mięśnie wiotkie, tkanka tłuszczowa zanikła. Tętno miarowe, przyspieszone, słabo napięte, 106 w minucie, liczba oddechów 22. Skóra wiotka, sucha, łatwo przesuwalna, blada z odcieniem żółtawym. Błony śluzowe widzialne blade; na przedniej części podniebienia rozległe wybroczyny. Nad żyłą szyjną prawą buczenie, tętnienie wyraźne po obu stronach szyi, silniejsze po stronie prawej. W narządzie oddechowym prócz krótszego odgłosu opukowego w prawym szczycie i tamże wdechu zaostrzonego pęcherzykowego, nie znaleziono nic nieprawidłowego. Samego uderzenia końca serca nie można dokładnie określić ani wzrokiem, ani wyczuwaniem, natomiast widać dość rozległe rozlane tętnienie w trzeciem i czwartem lewem międzyżebrzu na wewnątrz od linii sutkowej. Serce w prawidłowych granicach. Nad końcem serca dwa głuche tony, pierwszy z wyraźnym podmuchem, nad tętnicą główną dwa tony, drugi ton głuchy, nad tętnicą płucną drugi ton nieco zaznaczony. Tętnice na kończynach wązkie, miernie napięte, łatwo uciskalne. Brzuch w całości nieznacznie zapadnięty, powłoki miernie napięte, znaczniejszej bolesności uciskowej wykazać nie można. Wątroba powiększona (przy opukiwaniu), nie macalna, śledziona macalna pod lewym łukiem żebrowym, nieco twardsza. Żołądek w granicach prawidłowych, okolica kątnicy na silniejszy ucisk tkliwa, tamże można wyczuć przelewanie. Mocz jasnożółty, ciężar właściwy 1012, bez białka i cukru, kał o spoistości papkowatej, częściowo uformowany. Badanie co do krwi utajonej z wynikiem ujemnym. Prątków gruźliczych nie znaleziono.

Badanie krwi. Ilość krwinek białych 4,400, ilość krwinek czerwonych 1,210.000, Hb 28%, wskaźnik Hb 1·17. Krew wodnista, w całości bledsza, krzepliwość znacznie zmniejszona. W krwi świeżej dość liczne mikrocyty i poikilocyty, pojedyncze makrocyty. W krwi barwionej (w sześciu preparatach) jeden megaloblast, mikroblastów i monoblastów niema; krwinki białe %: limfocyty małe 15%, limfocyty duże 7%, ciałka przejściowe 2%, neutrofilne 69%, eozynochłonne 4½%, komórki tuczne (bazofilne) 1½%, komórki jednojądrzaste Ehrlicha 1%.

Biegunka po kilku dniach w klinice przy zastosowaniu odpowiedniej dyety ustąpiła, chory jednak nadal czuł się bardzo osłabiony, ciepłota ciała dochodziła wieczorem do 37·4°. Wobec tego, że stosowany przedtem w postaci wstrzykiwań podskórnych arsen jakoteż przetwory żelaziste zupełnie nie odnosiły skutku, wstrzyknięto śródżylnie 0·5 salwarsanu. W pół godziny po wstrzyknięciu pojawiły się dość znaczne dreszcze, następnie podniosła się ciepłota ciała do 38·4°. W godzinę po wstrzyknięciu dreszcze ustąpiły, natomiast podwyższenie ciepłoty, dochodzące do 38·1°, utrzymywało się jeszcze przez dobę. W 36 godzin po wstrzyknięciu chory nie miał żadnych dolegliwości, któreby można odnieść do salwarsanu. W pięć dni po wstrzyknięciu chory przedmiotowo czuł się znacznie lepiej i po kilku miesiącach pierwszy raz wstał z łóżka; łaknienie wróciło. W dziesięć dni po wstrzyknięciu badanie krwi dało wynik następujący: Ilość krwinek białych 5,600, ilość krwinek czerwonych 1,900·000, Hb 48%, wskaźnik Hb 1·33. W krwi świeżej krwinki czerwone zbijają się w rulony, wprawdzie nieco mniej, niż prawidłowo, prócz tego nieliczne poikilocyty i makrocyty; w krwi barwionej megaloblastów nie znaleziono, natomiast cztery normoblasty (w 3 preparatach). Ciałka białe %: limfocytów małych 26%, limfocytów dużych 7%, ciałek przejściowych 8%, neutrofilnych 52%, eozynochłonnych 12%. Obraz krwi po dziesięciu dniach przedstawiał się korzystniej o tyle, że % Hb znacznie się zwiększył; wprawdzie ilość krwinek czerwonych tylko nieznacznie się zwiększyła, ale wystąpienie normoblastów i eozynofilii miało znaczenie prognostyczne korzystne. Ogólny stan chorego również znacznie zmienił się na korzyść; chory czuł się znacznie mocniejszym, a wargi, przedtem blade, były już nieco różowe, język czysty. Dnia 20. VI. wstrzyknięto po raz drugi śródżylnie 0·4 gr salwarsanu. Po drugiem wstrzyknięciu nie było żadnego nieprawidłowego wzniesienia ciepłoty, chory czuł się zupełnie dobrze, zaczął coraz częściej wstawać z łóżka, dłuższy czas bez zmęczenia chodził; łaknienie wróciło do stanu prawidłowego.

Dnia 28. VI. wstrzyknięto choremu po raz trzeci 0·4 gr salwarsanu, poczem również nie zauważono żadnego odczynu w ustroju. Chory czuł się zupełnie zdrów i chciał opuścić klinikę. Przed wyjściem z kliniki zbadano krew przedstawiała się następująco: Ilość krwinek białych 6,200. ilość krwinek czerwonych 3,600.000, Hb 68%. We krwi prócz nielicznych mikrocytów i makrocytów nie znaleziono nic nieprawidłowego. Chory opuścił klinikę dnia 5. VII.

W przypadku powyższym rozpoznano niedokrwistość następową na tle zimniczem, opierając się w pewnej części na wywiadach i na macalnej, nieco powiększonej i twardszej śledzionie. Na podstawie obrazu krwi możnaby było wziąść całą sprawę za niedokrwistość złośliwą pierwotną, ale etyologia i cały przebieg chorobowy wskazywał na niedokrwistość następową, jaką zwykle spotyka się przy długotrwałej zimnicy. W przypadku tym działał salwarsan leczniczo, a równocześnie był też i środkiem rozpoznawczym, gdyż, jak już wyżej wspomniano, salwarsan w niedokrwistości złośliwej pierwotnej nigdy dotąd nie działał skutecznie.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr Bolesław Dębiński: **Dyagnostyka gruźlicy.** (Część I. Warszawa 1912. E. Wende).

Jak najwcześniejsze i jak najpewniejsze rozpoznanie gruźlicy jest tematem, który żywo zajmuje współczesnych

klinicystów, ze względu na niewątpliwą uleczalność choroby w pierwszych jej okresach. Toteż gromadzenie doświadczeń na polu rozpoznawania gruźlicy jest sprawą bardzo wielkiej doniosłości. A to jest właśnie przedmiotem pracy Dębińskiego, której część pierwsza wyszła świeżo z pod prasy, wydana przy współudziale kasy Mianowskiego i opatrzona wstępem znanego wybitnego znawcy gruźlicy Dra Alfreda Sokołowskiego. Praca ta powstała z wykładów w pracowni warszawskiego Towarzystwa lekarskiego i zajmuje się metodami kliniczno-laboratoryjnemi. Składa się z trzech działów: W pierwszym omawia autor szczegółowo metody bakteryologiczne, a mianowicie sposoby badania laseczników gruźliczych w plwocinie, w płynach wysiękowych, we krwi, w moczu i w kale, omawia laseczniki gruźlicze rozmaitych typów (ludzki, bydlęcy, ptasi i t. d.) i sposoby ich różniczkowania, oraz laseczniki rzekomo-gruźlicze. W dziale drugim zajmuje się metodami cytologicznemi, cytologią wysięków i plwociny, badaniem krwi metodą Arnetha i metodami, opartemi na działaniu fermentów proteolitycznych. Trzeci dział obejmuje metody biologiczne, a mianowicie odczyn serodyagnostyczny, precypitacyi, wiązania dopełniacza, odczyn Calmettea z jadem okularnika, odczyn opsoninowy, metody oparte na zasadzie anafilaksyi, oraz odczyn białkowy i salicylowy w plwocinie.

Już z powyższego zestawienia widać, jak skrzętnie zebrane są wszystkie nowsze metody laboratoryjne. Autor nie poprzestaje jednak na wyjaśnieniu zasady i opisie każdej poszczególnej metody. Na podstawie własnego doświadczenia wybiera i poleca jedne metody, które sam wypróbował i ocenił jako wartościowe, a odrzuca inne, które albo nie prowadzą do ścisłych i pewnych wniosków, albo przez swoją zbyt trudną i skomplikowaną technikę tracą na praktycznej wartości. Jednem słowem spotykamy się na każdym kroku ze ścisłością wniosków autora, popartych rozległem doświadczeniem, które się przejawia w szerokiej mierze we wszystkich kierunkach opracowywanej dziedziny. Dodatek piśmiennictwa przy końcu każdego rozdziału ułatwia w znacznym stopniu czytelnikowi szczegółowe źródłowe pogłębienie i zajęcie się poszczególnemi metodami.

Pracę Dębińskiego zarówno ze względu na przedmiot, jak i sposób ujęcia, należy zdaniem mojem zaliczyć do najpożyteczniejszych wydawnictw bieżącej chwili. Sposób pisania i układ nie nuży, lecz pociąga, uczy i zachęca do pracy, oraz ułatwia ją w znacznym stopniu. Pracą tą autor chlubnie wypełnił lukę, istniejącą w tym kierunku w literaturze lekarskiej, i to w sposób wzorowy, ściśle rzeczowy i możliwie krytyczny i zwięzły, nie gubiąc się w szczególikach. Gorąco więc należy polecić tę pracę lekarzom, opierającym się o nowsze metody badań. Zwłaszcza w naszych szpitalach, o tak znacznym odsetku chorych na gruźlicę, w których oczywiście stosowanie na szeroką skalę wszystkich nowszych metod kliniczno-laboratoryjnych jest niezbędną koniecznością — wzorowego podręcznika Dębińskiego nigdzie nie powinno zabraknąć.

Dr M. Blassberg.

Mosse i Tugendreich: **Krankheit und sociale Lage**. Zeszyt III. Monachium 1913. J. F. Lehmann. (Cena 4 Mk., całego dzieła 20 Mk.).

Zawarte w tym zeszycie dzieła, z którego części początkowej zdawaliśmy sprawę w r. z.' (Str. 365, 654), cztery rozdziały dopełniają obrazu »etyologii socyalnej«, tak, że ostatni zeszyt, mający się ukazać na wiosnę, zawrze w sobie już tylko »terapię socyalną«. Z czterech rozdziałów, pomieszczonych w zeszycie III, jeden poświęcono wpływowi czynników socyalnych na choroby weneryczne. Rozdział ten napisał znany dermatolog prof. Blaschko wspólnie ze swym asystentem Fischerem. Jako długoletni kierownik Towarzystwa zwalczania chorób wenerycznych, jest Blaschko jednym z najlepszych znawców tego przedmiotu w Niemczech, toteż napisany przez niego rozdział daje wyczerpujący i jasny obraz rzeczy, przedstawiając kolejno statystykę chorób wenerycznych, wpływ wsi i miasta, gęstości zaludnienia, położenia materyalnego, przemysłowej pracy kobiet, dalej stosunki w armiach, wśród ludności robotniczej, następnie wpływ rozmaitych zawodów, w końcu znaczenie prostytucyi. — W następnym rozdziale rozpatruje Dr Reiche wpływ czynników społecznych na choroby zakaźne, w szczególności błonicę, płonicę, odrę, krztusiec, dur, nagminne zapalenie opon. — Gruźlicy poświęcono osobny rozdział, nadzwyczaj bogato objaśniony tabelami statystycznemi i graficznemi, a napisany przez prof. Mossego. Autor zebrał tu w formie nader treściwej olbrzymi materyał, grupując go w sposób następujący: częstość gruźlicy w materyale sekcyjnym i ocena danych, uzyskanych tą drogą; śmiertelność z gruźlicy na wsi, a w miastach; częstość gruźlicy w wieku dziecięcym; obniżanie się śmiertelności z gruźlicy i przyczyny tego zjawiska; znaczenie ruchu sanatoryalnego; gruźlica, a zamożność; gruźlica a mieszkanie; wpływ sposobu żywienia się i zawodu; wpływy klimatyczne; wpływy rasowe; wreszcie stosunek gruźlicy do alkoholizmu i ciąży. — Ostatni wreszcie rozdział, pióra prof. Willigera, traktuje o wpływie czynników społecznych na choroby zębów. — Obecnie wydane rozdziały nie ustępują poprzednim częściom dzieła. Z.

Th. Heryng. **Traité de laryngoscopie et de laryngologie operatoire et clinique.** Paris. Masson. 1912.

Gdy przed laty stało się wiadomem, iż Teodor Heryng, chluba polskiej laryngologii, pisze dzieło, by zdobyczami swej pracy podzielić się z ogółem, oczekiwano dzieła tego z radością, bo znając autora, jego pomysłowość i doświadczenie fachowe, wiedziano, iż nikt inny bardziej od niego nie jest powołany do wykonania tego zadania.

Pierwszy tom dzieła, obmyślanego na wielką skalę, ukazał się w języku polskim w roku 1905, obejmując sposoby badania i leczenia chorób krtani, tom drugi miał zawierać choroby nosa, jamy nosowo-gardłowej i gardła, a tom trzeci choroby krtani.

Pomysł autora, by jako osobną całość traktować sposoby badania i leczenia chorób krtani, okazuje oryginalność autora. W dziele Herynga znaleźliśmy cenne wskazówki w stosowaniu sposobów badania, w wyborze postępowania leczniczego, oparte na bogatem doświadczeniu autora, idącego ciągle z postępem naprzód. Ze szczerą wdzięcznością przyjąwszy dzieło Herynga, z dumą widzieliśmy następnie, jak dzieło to uzupełniane wyszło w wydaniu rosyjskiem, niemieckiem, a obecnie francuskiem. Zwłaszcza ostatnie wydanie francuskie jest prawie na nowo napisane, bo bogato uzupełnione zdobyczami ostatnich czasów i znacznie rozszerzone. Nauka o sposobach badania i leczenia tchawicy i oskrzeli, zrobiła olbrzymie postępy, dlatego też rozdział ten został przez autora znacznie rozszerzony. Brak tylko szczególnej wzmianki o leczeniu dychawicy oskrzelowej, w którem przez zastosowanie przyrządu, podanego przez Ephraima, stało się możliwe bez bronchoskopii stosowanie leczniczych środków wprost na błonę śluzową oskrzeli.

Laryngoskopia wieszadłowa, strobolaryngoskopia Kiliana w modyfikacyi Albrechta nie mogła być uwzględniona, gdyż dzieło znajdowało się już w druku.

Ponieważ badanie przełyku stało się obok bronchoskopii nierozerwalną częścią laryngologii, dlatego omawiając laryngoskopię, tracheoskopię i bronchoskopię, powinnoby się mojem zdaniem omawiać badanie pozakrtaniowej części gardła, tak zwaną hypofaryngoskopię, a z nią łączyć sposoby badania przełyku, ezofagoskopię. Prawdopodobnie autor tak hypofaryngoskopię, jak i ezofagoskopię postanowił omówić w innem miejscu, ale ze względu na ścisły nieraz związek między gardłem i krtanią, względnie przełykiem i tchawicą, uważałbym za odpowiedniejsze przedstawienie wspomnianych sposobów badania i leczenia już w pierwszym tomie dzieła. W ten sposób

rozszerzyłby się zakres tomu pierwszego na omówienie sposobów badania i leczenia krtani, tchawicy, oskrzeli, dolnego odcinka gardła i przełyku.

Już wyżej wspomniałem, iż wydanie francuskie nie jest tłómaczeniem wydania polskiego, późniejszego rosyjskiego, a nawet niemieckiego, gdyż zostało przez autora znacznie rozszerzone, wzrastając ze stron 380 polskiego wydania, na 523 stron wydania francuskiego. I tak obok znacznie rozszerzonego w części pierwszej (o sposobach badania), rozdziału o laryngoskopii, tracheoskopii i bronchoskopii (directa), przybyły w części drugiej, omawiającej sposoby lecznicze nieoperacyjne w rozdziale XVI uwagi bardzo cenne o wpływie higieny, dyetetyki i klimatu na błonę śluzową gardła, krtani i tchawicy. W rozdziale o przyrządach do wziewania wymieniłbym jeszcze sposób, podany przez Saengera, wziewania leków destylowanych na sucho w łaźni parowej wraz z parą.

Część trzecia, przedstawiająca zabiegi chirurgiczne wewnątrzkrtaniowe, uzupełniona została z wielką korzyścią dla dzieła omówieniem sposobów zewnątrzkrtaniowych. Wogóle w części tej dodał Heryng nowych dziewięć rozdziałów, między innemi ważny rozdział o postępowaniu leczniczem, względnie operacyjnem, w zaburzeniach głosu śpiewackiego. W części tej obszernie przedstawił też autor, pionier chirurgicznego wewnątrzkrtaniowego leczenia gruźlicy krtani, swoje bogate doświadczenie, z gorącą zachętą, by nie zostawiać bez pomocy tych pozornie straconych chorych. Z całą naszą sztuką chirurgii wewnątrzkrtaniowej powinniśmy spieszyć czynnie w odpowiednich przypadkach, nie pozostając jedynie przy leczeniu farmakologicznem w postaci wziewań, zaprószania proszków do krtani i leczenia wewnętrznego obok leczenia klimatycznego, a będziemy takie święcić tryumfy na tem polu, jak autor. Niezmordowaną pracą i krzewieniem chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani zabiegami wewnątrzkrtaniowymi, wzniósł sobie Heryng trwały pomnik w laryngologii.

W rozdziale pierwszym części trzeciej przedstawia autor znieczulanie przedłużone krtani sposobem Hoffmanna, zmienione przez Luca, które w dysfagii przy gruźlicy daje zachęcające wyniki. Obok stosowania anestezyny jako przetworu kojącego, wspomniałbym jeszcze o środku podobnie działającym, cykloformie Bayera, który przy dysfagii, zwłaszcza gruźliczej, zaprószony jako proszek podobnie jak anestezyna działa bardzo skutecznie. Mówiąc o leczeniu gruźlicy krtani nie pominąłbym, zresztą i w innych schorzeniach dróg oddechowych dzielnego działania leczniczego rezorcyny, jak w tym przypadku w postaci wziewań ciepłych roczczynu jednoprocentowego.

Jak uzupełnienia w innych rozdziałach, względnie dodanie zupełnie nowych rozdziałów w części pierwszej i drugiej zwiększyły dzieło o czterdzieści stronic druku, to rozszerzenie trzeciej części nowymi rozdziałami, choć, jak rozdział XIII, już z zakresu patologii krtani, przysporzyło tej części dalszych stronic 72.

Część czwarta, obejmująca schorzenia krtani w przebiegu chorób ogólnych i zakaźnych na 62 stronicach druku, jest w wydaniu francuskiem zupełnie nowa, podobnie jak druga połowa części trzeciej. Częścią tą czwartą, omawiającą pewną grupę schorzeń krtani, należącą właściwie do patologii krtani, odbiega autor od pierwotnego założenia, omawiania tylko sposobów badania i leczenia. Niewątpliwie jednak z wielką korzyścią czyta się i tę część, złożoną z dziewięciu rozdziałów. Z upragnieniem też oczekujemy dalszych dwóch tomów cennego dzieła Herynga. Skromne uwagi moje pragnąłbym, by mogły być uwzględnione w wydaniu angielskiem, którego tak dla rozszerzenia wartości dzieła, jak i zwiększenia chluby imienia polskiego autora, szczerze pragniemy. Aleksander Baurowicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Peterka. **Uśpienie chlorkiem etylu (kelenem).** (Beitr. z. klin. Chirurg. T. 81). P. zaleca gorąco uśpienie chlorkiem etylu. Nie potrzeba do tego maski, lecz na 4—8 płatków gazy daje się 2—5 cm³ kelenu, a gdyby jeszcze sen nie następował, dodaje się 2—3 cm³. Sposób ten nadaje się znakomicie do krótkich zabiegów; można go stosować i przy zaburzeniach krążenia, płuc i nerek. Zużywa się zwykle 1 gr. kelenu na minutę. Przebudzenie następuje szybko. Śmiertelność tego uśpienia wynosi 1:8414. Może jedyną tylko wadą tego uśpienia jest to, że kelen jest stosunkowo drogi. K.

Schütte. **O znieczuleniu lędźwiowem.** (Med. Klinik 1912, Nr 51). S. staje w obronie znieczulenia lędźwiowego. Nie trzeba zrażać się początkowemi niepowodzeniami. Im kto więcej dokonuje znieczuleń tym sposobem, tem ma wyniki lepsze. Jeżeli się zaś zważy, jakie korzyści przedstawia to znieczulenie, to wszelkie jego możliwe wady zejdą do minimum. Opieka nad chorym po operacyi staje się przez to znieczulenie wdzięczniejszą i łatwiejszą. W wielu przypadkach nie operuje się chorych z obawy samego uśpienia i tu znieczulenie lędźwiowe wprost umożliwia operacyę. Unikać należy znieczulenia lędźwiowego u osób nerwowych i u skłonnych do bólów głowy. W razie silnych bólów głowy po znieczuleniu należy wypuścić 10—20 gr. płynu mózgowego. Śmiertelność ogólna po operacyach przy znieczuleniu lędźwiowem jest o 1—2% mniejsza, niż przy uśpieniach, a także powikłania płucne są rzadsze. S. zaleca wyłącznie tropakokainę i zwraca uwagę, by wkłuwać igłę w sam środek worka oponowego. Po wstrzyknięciu poleca S. głowę chorego pochylać silnie ku przodowi. K.

Caan. **W sprawie leczenia nowotworów złośliwych substancyami promieniotwórczemi.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 1). Leczenie nowotworów, nie nadających się do operacyi, substancyami promieniotwórczemi postępuje ciągle naprzód. Jeszcze lepsze wyniki, niż przy radzie, osiąga się przy leczeniu thorem x i mesothorem. Im głębiej leży nowotwór, tem więcej musimy promienie filtrować (t. j. zatrzymywać miękkie α i β, a przepuszczać twarde β i γ), ale posiedzenie trwa przez to dłużej. Wprawdzie nie można mówić o wyleczeniach trwałych, jednakże osiąga się przez to leczenie nieraz znikanie gruczołów, gojenie się owrzodzeń i poprawę stanu ogólnego, co dla nieszczęśliwych chorych stanowi nieraz bardzo wiele. Thor wstrzykiwać można w rozczynie soli kuchennej co 6—8 dni wprost w guz lub śródżylnie, odczyn bywa potem zwykle silny. Drobnowidowo spostrzega się już w 6—8 dni silny rozwój tkanki łącznej, rozdzielający ogniska nowotworowe. Zmiany w samych komórkach nowotworu występują później, dopiero w 2—3 tygodni. K.

Zembrzuski. **Kilka słów o obłoniaku.** (Now. lek. 1913, Nr 1). Obłoniak powstaje z t. zw. obłonków, to jest komórek warstwy, otaczającej śródbłonek naczynia. Mikroskopowo składa się obłoniak z naczyń włosowatych, otoczonych kilku warstwami komorek wielopostaciowych, przylegających ściśle do śródbłonka, bardzo rzadko oddzielonych od niego warstwą tkanki łącznej. Komórki te rozchodzą się promienisto lub tworzą pasma wzdłuż naczyń. Często spotyka się tu zmiany wsteczne i zwyrodnienia np. szkliste. Makroskopowo są obłoniaki bardzo podobne do mięsaków. Spotyka się postacie czyste lub mieszane np. z mięsakiem lub śródbłoniakiem. Przerzutów obłoniak nie daje, okolicznej tkanki nie niszczy, ale operacyjnie usunięty — powraca. Z własnej praktyki podaje autor 2 przypadki obłoniaka operowanego: 1) U dziecka 1-rocznego obłoniak w postaci torbieli, zawierającej treść płynną i masy rozpadłe, zajmował całą jamę brzuszną, a wychodził z otoczki

nerkowej. Komórki współśrodkowo około naczyń ułożone oddzielone słabą warstewką tkanki łącznej od śródbłonka. 2) U chłopca $1^1/_2$-rocznego guz gładki w skórze moszny, nie zrośnięty z nią, wychodził z prawego jądra, twardy, elastyczny, złożony ze zbitej masy komórek, tkanki łącznej i rozszerzonych drobnych naczyń. HS.

Strauss. **Dalszy przyczynek do chemoterapii zewnętrznej gruźlicy.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 50). Do leczenia zewnętrznej gruźlicy zaleca S. na podstawie badań Ehrlicha, Meissena i swoich, stosowanie przetworów miedzi i lecytynę i połączenia jodu z błękitem metylenowym. Stosuje się te środki w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych lub w postaci wcierań maści, sporządzonych na alkoholu bez tłuszczu. Jodowy błękit metylenowy podaje się wewnętrznie. Po wstrzykiwaniach odczyn bywa tem silniejszy, im sprawa jest ostrzejsza i im bliżej ogniska chorobowego się wstrzykuje. Miejscowe działanie miedzi jest nieraz bardzo wybitne. Zatruć nie spostrzegał S. wcale. Przy wstrzykiwaniach stosuje S. 2 razy na tydzień po 0,01 miedzi, przy wcieraniach 3—5 gr. maści (wstrzykiwania są bolesne). Maść smaruje się wprost na ognisko np. tocznia. Wyniki są podobno bardzo dobre. K.

Neuber. **Próby z Mesbé przy gruźlicy.** (Tow. chirurgów półn.-zach. Brema XII). »Mesbé«, jestto rozpuszczalny w wodzie wyciąg rośliny z gatunku malw. pochodzący z Ameryki. Polecają go jako środek przeciw gruźlicy. N. stosował go w gruźlicy chirurgicznej i z wyników jest zadowolony. Np. ropnie zimne N. otwiera, odkaża formaliną, napełnia 5% zawiesiną jodoformu i tamponuje gazą z mesbé. Przetoki gruźlicze goją się pod mesbé znacznie szybciej, niż zwykle. Badania bateryologiczne wykazują, że mesbé wstrzymuje rozwój bakteryi, a świnki morskie, zakażane mieszaniną prątków gruźliczych z mesbé, padały znacznie później, niż kontrolne. Dotychczasowe próby zachęcają do dalszych doświadczeń. K.

E. H. van Lier. **O wpływie mleczanu wapnia na krwotoki.** (Beitr. z. klin. Chir. LXXIX 1). Wright polecił swego czasu podawać chorym sole wapniowe celem pobudzenia krwi do krzepnięcia. L. na podstawie skrupulatnych badań dowodzi, że leczenie to wcale nie pobudza krwi do krzepnięcia, a nawet na 40 chorych u 16 wywarło ono skutek odwrotny, t. j. zwolnienie krzepliwości krwi. Co najwyżej możnaby próbować tego leczenia tam, gdzie ustrój traci dużo wapna, np. u ciężarnych i położnic. K.

Van Stockum. **Lecznicze działanie naświetlanej promieniami Röntgena śledziony u gruźliczych.** (Wien. klin. Woch. 1912, Nr 47). Na zasadzie doświadczeń na zwierzętach i następnych prób na ludziach poleca S. leczenie gruźlicy, zwłaszcza chirurgicznej, śledzioną, naświetlaną promieniami Röntgena, i to albo już w ustroju osobnika gruźliczego (przeszczepianie), lub też w postaci wyciągów, naświetlanych poza ustrojem. Zwłaszcza korzystne wyniki osiągał S. przy gruczołach gruźliczych, zajęciu otrzewnej, przydatków i w gruźlicy stawów. W gruźlicy płuc skutek również, jak twierdzi S., nieraz był widoczny. A.

Ewald. **Zwężenia przełyku.** (Mediz. Klinik. 1912, Nr 50). O ile rozpoznawanie cierpień przełyku dzięki ezofagoskopii i rentgenologii bardzo postąpiło naprzód, o tyle strona lecznicza pozostawia wiele jeszcze do życzenia, zwłaszcza przy cierpieniach złośliwych. Zwężenia przełyku powstać mogą przez bliznę, ciała obce, ucisk od zewnątrz, kurcz mięśni, sprawy zapalne, uchyłki, guzy i t. p. Najczęściej spotykamy jako przyczynę zwężeń nowotwory, a mianowicie raki płaskokomórkowe. Trudność w przechodzeniu pokarmów rozwija się zwolna, aż zwykle nagle drożność zostaje zupełnie wstrzymana i chorzy wtedy dopiero zjawiają się u lekarza. Ewald najchętniej bada przełyk zgłębnikami metalowymi elastycznymi. Zwężenie najczęściej znajduje się na 30—36 cm głęboko, t. j. w $^1/_3$ dolnej części przełyku. Niekiedy, jeżeli w obrębie zwężenia światło biegnie spiralnie, to nawet najcieńszy zgłębnik nie przechodzi przez zwężenie, chociaż płyny mogą się przez nie przedostawać. Rak przełyku tworzy przerzuty dość rzadko, bo w 50—60%, natomiast często przechodzi na otoczenie lub przebija do śródpiersia, opłucnej, osierdzia i t. p. Lecznicze wyniki są dotąd niepomyślne i jeszcze najprędzej stosowne używanie zgłębników może czasem sprawić chwilową ulgę. Gastrostomia zwykle niewiele pomaga, a nieraz następuje po niej pogorszenie. Wycinanie przełyku jest dopiero w okresie prób, a leczenie radem niewiele skutkuje. Jako jedyne zadanie pozostaje nieraz tylko odżywianie sztuczne, narkotyki i podtrzymywanie sił chorego. A.

Ciechomski. **W sprawie rentgenologii żołądka.** (Gaz. lek. 1913. Nr 1). Dla odróżnienia w rentgenogramie zwężeń żołądka kurczowych na tle czysto nerwowem (neurastenia, histerya, wiąd) od zwężenia stałego organicznego wskutek zmian w samej ścianie żołądka, a więc wrzodów okrągłych i blizn po nich pozostałych, podaje autor schemat różniczkowy: 1) Kontury żołądka klepsydrowatego są przy zwężeniu kurczowem więcej zaokrąglone, a przy organicznem ostre. 2) Brak uchyłka Haudecka na krzywiźnie małej przy kurczowem zwężeniu, a niezawodna jego obecność przy wrzodach i bliznach. 3) Brak rozszerzenia żołądka przy zwężeniu kurczowem. 4) Światło zwężenia kurczowego jest zmienne, a organicznego stałe. 5) Zmienność konturów żołądka wobec szeregu po sobie następujących zdjęć przy kurczowem, a stałość konturów przy organicznem zwężeniu. HS.

Grussendorf. **O doświadczeniach ze szwem pęcherza po cięciu wysokiem u dzieci.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 51). Autor, naczelny lekarz niemieckiego szpitala w Jerozolimie, rozporządza dość dużym materyałem kamicy pęcherzowej u dzieci, bo od r. 1904 operował 40 dzieci poniżej lat 10. Na mocy tego doświadczenia przestrzega G. przed szyciem każdej rany w pęcherzu po cięciu wysokiem. Unikać należy mianowicie szwu przedewszystkiem w przypadkach t. zw. drażliwego pęcherza, cechującego się przed operacyą silnem parciem na mocz mimo zachowania spokoju w łóżku. Dalej nie należy szyć u dzieci pęcherza, gdy towarzyszy kamicy silne zakażenie pęcherza i nerek. Szew jest przeciwwskazany także u dzieci wynędzniałych, niedokrwistych, bo wtedy zakażenie łatwo zaraz po operacyi wystąpić może, wreszcie nie należy szyć pęcherza, gdy ściany jego są bliznowate i t. p. Pęcherz nie szyty goi się także dobrze, a gojenie to trwa około 45 dni. G. używa tylko szwu kapciuchowego, ubezpieczając go jeszcze szwami surowiczymi. Jeżeli po operacyi wystąpią groźne przypady, należy zaraz cały szew rozpuścić. K.

Graf. **Wodniak jądra a uraz.** (III międzynar. Zjazd ubezp. od wypadków. Düsseldorf). Wojskowa statystyka wodniaka jądra poucza, że niemal w 42·2% ma choroba ta tło urazowe. Uraz ma wpływ nietylko co do pogarszania się cierpienia istniejącego lub będącego w zawiązku, ale bardzo często spostrzega się po urazie szybkie tworzenie się wodniaka koło jądra zupełnie przedtem prawidłowego. Zwykle taki wodniak urazowy rozwija się szybko, bo w ciągu tygodnia. O wiele częściej spotyka się go po stronie prawej. Spostrzegano także tworzenie się wodniaków pod wpływem urazów pośrednich, np. dźwigania ciężarów i t. p. Zmiażdżenie jądra rzadko wywołuje wodniaki, częściej zaś powstają one po urazach słabszych (np. forsownej jeździe konnej). Należy przyjąć urazowe pochodzenie wodniaka jądra, jeżeli po urazie chory skarży się na ból jądra, a wodniak wytworzy się do 3 tygodni po wypadku. Natomiast wodniak, któremu towarzyszy przepuklina, żylaki splotu nasiennego lub stulejka, lub też wodniak obustronny prawie zawsze ma tło nie urazowe. A.

Müller. **O nowszych zasadach leczenia ropowic palców, zwłaszcza pochewek ścięgnistych.** (Tow. lek. Rostock X. 1912). W leczeniu ropowic palców i dłoni popełnia się liczne błędy. Przedewszystkiem leczy się je za długo zachowawczo, a nacina dopiero wtedy, gdy rop

już stwierdza się wyraźnie, a wtedy niestety już i ścięgna ulegają obumarciu. Nacięcia robi się za małe, a nieraz za płytkie. Zwłaszcza zgubnie odbija się to na t. zw. V ropowicy, t. j. obejmującej wielki palec i mały palec. Natomiast ropienia palców II—IV przebiegają zwykle łagodniej, bo pochewki ścięgniste nie komunikują bezpośrednio ze sobą. L. podaje następujące zasady: Ropowicę dłoni i palców powinno się przecinać jak najwcześniej i to nie ambulatoryjnie, lecz w zakładzie leczniczym w uśpieniu z asystą i przy sztucznem niedokrwieniu, celem dokładnej oryentacyi. Cięcia powinny być głębokie i dostatecznie długie, w razie potrzeby wzdłuż całego ścięgna. Leczenie zastoiną może być stosowane tylko po odpowiednich nacięciach. Niezłe usługi oddają cięcia, podane przez Klappa, oszczędzające naczynia, nerwy, a prowadzone z boku palców w kierunku stycznym. Chronią one także od zrastania się ścięgna ze skórą.

K.

Magnus. **Nowsze zapatrywania na leczenie złamań kości.** (Medizin. Klinik. 1913, Nr 1—2). M. podaje dokładny pogląd na obecne sposoby leczenia złamań, które biorą w rachubę nietylko anatomiczne, lecz i czynnościowe wyleczenie. Wyciąg zwykły uzupełniony został różnymi pomysłami, jak szynami, wyciąganiem w położeniu zgiętem Zuppingera i wyciągiem gwoździowym (Codivilla-Steinmann). Leczenie krwawe złamań znajduje zastosowanie przy złamaniach rzepki, wyrostka łokciowego, przy złamaniach przystawowych, dalej przy złamaniach spiralnych przedramienia i t. p. Trzeci sposób leczenia złamań, t. zw. leczenie czynnościowe, znajduje zastosowanie głównie przy złamaniach kości promieniowej, a polega na stosowaniu od pierwszej chwili miesienia ew. ruchów.

Złamania kręgosłupa leczymy wyciągiem (10 tygodni), ew. w wieszadle Rauchfussa, po 13 tygodniach pozwalamy chorym wstawać w odpowiednim opatrunku lub gorsecie, który nosić trzeba do roku. Przy złamaniach obojczyka stosuje się i obecnie nadal opatrunki Sayrea, Velpeau i Desaulta. Złamania ramienia wymagają szyn, lub też wyciągu. Przy złamaniach główki stosuje się szyny, wyciąg, leczenie »czynnościowe« (np. u ludzi starych) lub operacyę. Złamania przyłokciowe ramienia wymagają nieraz operacyi, podobnie złamania łokcia. Tu nieraz jednak racyonalny wyciąg zdziałać może bardzo wiele. Złamania kości przedramienia leczy się zwykle opatrunkiem gipsowym, zakładając go aż powyżej łokcia, a następnie zgniatając go na płasko, by utrzymać kości oddalone od siebie. Po 8 dniach zaczyna się leczenie miesieniem z ruchami. Złamania typowe kości sprychowej leczy się obecnie przeważnie na szynach czynnościowo. Na kończynach dolnych przeważnie leczymy wyciągami, podobnie przy złamaniach miednicy wyciągamy kończynę, jeżeli połowa miednicy ma skłonność do przesuwania się ku górze. Przy złamaniach kości biodrowej trzeba kończynę przy wyciągu skręcać na wewnątrz. Wyciąg trwa tu 3—4 tygodni. Złamania szyjki kości udowej leczą wyciągiem, śrubami lub operacyjnie. Nie należy chorym pozwalać wstawać przed kwartałem, a potem 9 miesięcy należy polecić nosić aparat. Przy złamaniach goleni można też stosować nieraz i zwykły gips, gdy wyciągu z jakichś powodów nie możemy zrobić (wyciąg 4 tygodnie, leżenie 6—8 tygodni). Tosamo odnosi się do złamania kostek. Co do obciążeń przy wyciągu, to przy złamaniach uda stosujemy około 25 kg., przy złamaniach goleni 15 kg., przy złamaniach kostek 10 kg. Leczenie złamań powikłanych odbywać się może zupełnie dobrze w wyciągu lub opatrunku gipsowym z oknem.

Klęsk.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenia naukowe lekarzy szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Posiedzenie z dnia 13. XII. 1912.

Przewodniczy dyrektor Dr Krzyszkowski. Obecnych 29.

1) Dr Korabczyńska wygłosiła referat: **Rak żołądka w obrazie radiologicznym.**

Zdjęcie radiologiczne żołądka, wypełnionego papką bizmutową (obiad Riedera), daje obraz odlewu jego wnętrza. Wszystkie zmiany w ścianie, sprowadzające jej zgrubienie na większej lub mniejszej przestrzeni, pomniejszają w miejscach swej siedziby światło żołądka, co przy badaniu radiologicznem występuje jako ubytek. Jednak guzy duże odźwiernika, które wywołały znaczne rozszerzenie żołądka, niezawsze dają wyraźny ubytek skutkiem niedokładnego wypełnienia żołądka papką (Groedel) i z tego powodu mogą być łatwo przeoczone (Schmieden, Härtl). Możnaby to tłomaczyć raczej w ten sposób, że ponad papką bizmutową unosi się lżejsza od niej treść żołądkowa, która w tych przypadkach zwykle jest obecna, i gdy obiad wypełni tylko dolną część zaznaczonego żołądka, to właśnie rzadsza część całej zawartości żołądka graniczy z guzem, nie stanowiąc dla niego kontrastu w obrazie rentgenologicznym. Holzknecht radzi robić zdjęcia w tych przypadkach przy ułożeniu badanego na boku prawym.

Radiologicznie można, jak w anatomii patologicznej, rozróżnić formy raka guzowate i rozlane, okrężnie się w ścianie rozwijające i nacieki, według kształtu ubytków i zachowania się konturów obrazu żołądka; stwierdza się dalej wielkość i siedzibę nowotworu prócz innych wtórnych zmian, przezeń wywołanych: zmiany w kształcie i pojemności żołądka, zmiany w ruchu robaczkowym i sprawności przemieszczania.

W części odźwiernikowej stwierdza się formy raków: 1) guzowate, 2) okrężne, zaciskające grubym wałem światło tej części żołądka, czasami aż do zupełnego jego zniesienia; najczęściej światło żołądka w tej części, objętej nowotworem, ma kształt wypustki, zwężającej się ku odźwiernikowi; 3) nacieki w ścianie rozległe płaskie, które prócz zwężenia światła żołądka dają obraz nieregularnych drobnych zagłębień konturów żołądka; obraz ten mógłby odpowiadać rakowi włóknistemu.

W trzonie (corpus) żołądka najczęściej zdarzają się formy raka okrężne; pozostawiają one czasem przy dużym rozroście wolne tylko dno i część odźwiernikową (antrum pylori). Cała część środkowa żołądka zajęta przez nowotwór przedstawia się radiologicznie w postaci wązkiego kanału. Kształt jego i kierunek może być różny; zależy od sposobu rozrastania się i powierzchni nowotworu, — mogą nawet być przerwy w ciągłości kanału. Są to żołądki klepsydrowate na tle złośliwem, których żadną inną metodą za życia stwierdzić nie można. Powstają przez rozrost nowotworu w dwu kierunkach, — w kierunku poprzecznym ku światłu i podłużnym wzdłuż ścian żołądka (Kretschner). Żołądek klepsydrowaty przy wrzodzie powstaje przez zaciągnięcie krzywizny wielkiej poziomo na małej przestrzeni, — stąd to przewężenie żołądka jest na bardzo krótkiej przestrzeni. Przy rozroście nowotworu okrężnym w prześwietlaniu strzałkowem stwierdza się zaciśnięcie kanału od obu krzywizn, przy prześwietlaniu bocznem od przedniej i tylnej krzywizny. Prócz tej zdarza się inna postać rozlana na większej przestrzeni, dająca wyjaśnienie z nieregularnie przebiegającymi smugami bizmutu, złożonego na wrębach w owrzodzeniach nowotworu.

Są to najczęstsze formy raka. Innych typowej formy guzowatej w trzonie lub rzadkich co do usadowienia w dnie

nie spotkano.—(Demonstracya odpowiednich obrazów wszystkich omawianych form).

W dyskusyi przemawiali Dr Kostecki, prof. Rutkowski, Dr Krzyszkowski i prelegentka.

2) Dr Wysocki i Dr Scharf przedstawili chorych z **guzami mózgu**.

3) Prof. Rutkowski demonstrował zebranym urządzenia oddziału chirurgicznego i chorych, omawiając poszczególne metody leczenia operacyjnego.

Sekretarze: Kosiński, Markowa.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 17. XII. 1912.

1) St. Serkowski przedstawił szereg **pasorzytów**, mianowicie: czerwiochy (scolices) tasiemca eliptycznego (po raz drugi wykryte przez niego w kale dziecka), tasiemca zębatego (t. serrata), karłowatego (t. nana) i bąblowcowego (t. echinococcus), jakoteż preparaty drobnowidowe oraz duże fotografie tych pasorzytów. Przedstawił sposób badania włosieni (trichinae) zapomocą kompresorów, preparaty i fotografie włosieni wolnych z kału, otorbionych i zwapniałych w mięsie.

2) L. Paszkiewicz przedstawił preparat **martwicy tkanki tłuszczowej trzustki** i wypowiedział słów kilka w tej sprawie. Martwicę tkanki tłuszczowej trzustki (necrosis telae adiposae pancreatis) wraz z martwicą tkanki tłuszczowej w jamie otrzewnej jako jednostkę chorobową pierwszy wyodrębnił Balser w 1882 r. Mikroskopowo widzimy, że trzustka jest znacznie powiększona, soczysta, ciastowata, barwy szarawo-różowej; na tle tem spostrzegamy szaro-żółte matowe plamki, z których jedne są wielkości łebka od szpilki, drugie wielkości prosa, jedne okrągłe, inne o kształcie gwiazdy. Przyglądając się bliżej, widzimy, że zajmują one miejsce pomiędzy zrazikami trzustki w tkance tłuszczowej. Są to ogniska martwicze tkanki tłuszczowej. Takie same zmiany widzimy w torbie sieciowej (bursa omentalis), następnie w sieci, w krezce jelit grubych i cienkich. Spostrzegano je też w tkance tłuszczowej otrzewnej ściennej i w otoczce tłuszczowej nerek. Chiari, Bryant, Benda i i. widywali martwicę tkanki tłuszczowej w śródpiersiu, osierdziu i w tkance podskórnej. Histologicznie ogniska martwicze przedstawiają się w postaci mas prawie jednolitych, hematoksyliną barwiących się na fioletowo. Przy użyciu dużych powiększeń widać wyraźnie, że poszczególne duże ogniska składają się z szeregu mniejszych, występujących w postaci dość wyraźnie ograniczonej. Na obwodzie ognisk budowa tkanki tłuszczowej jest zupełnie zatarta; środek ognisk nie barwi się, znajdujemy w nim obficie kryształy kwasów tłuszczowych. Sudanem III. ogniska martwicze nie barwią się zupełnie, barwią się natomiast wybitnie na zielono zaprawą Weigerta. Jestto t. zw. odczyn Bendy, który uważa go za swoisty dla martwicy tkanki tłuszczowej. Sposób powstawania ognisk martwiczych wyjaśnił Langerhans, który dowiódł, że tłuszcz obojętny, jaki znajdujemy w ustrojach zwierzęcych, rozszczepia się na glicerynę i kwasy tłuszczowe; gliceryna, jako część płynna, ulega wessaniu, a na miejscu pozostają kwasy tłuszczowe; te zaś, łącząc się z wapnem ustrojowem, tworzą sole, które w preparatach drobnowidowych występują w postaci mas jednolitych. Martwica tkanki tłuszczowej nie ogranicza się do samej tej tkanki; zwykle w przylegającej do niej tkance gruczołowej (trzustki) znajdujemy martwicę zrazików. Nacieków zapalnych dookoła ognisk martwiczych prawie nigdy niema. Martwicę tkanki tłuszczowej uważano początkowo za cierpienie pierwotne. Balser upatrywał przyczynę w nadmiernem bujaniu tkanki tłuszczowej, ponieważ zmiany tego rodzaju znajdował u osobników otyłych. Chiari, naodwrót, znajdując je u osobników charłaczych, uważał za zwyrodnienie tkanki tłuszczowej. Ziegler na podstawie zmian w naczyniach (stwardnienia) uzależnia martwicę od zmian miejscowych w obiegu krwi. Wreszcie Ponfick i inni doszukiwali się wpływu bakteryi. Wszystkie te jednak przypuszczenia zawiodły. Badania i obserwacye kliniczne, jakoteż długi szereg doświadczeń na zwierzętach wykazały, że martwica tkanki tłuszczowej jest cierpieniem wtórnem, zależnem od działania na tkankę tłuszczową soku trzustki, wzgl. jego fermentu — lipazy (Flexner), która, by rozwinąć swą działalność, musi uledz aktywacyi (Eppinger). Obecnie nie ulega już wątpliwości, że zaburzenia w wydzielaniu soku trzustkowego, wzgl. schorzenia samej trzustki, odgrywają tu główną rolę; niewyjaśniony jest jeszcze dotychczas mechanizm działania i przedostawania się soku trzustkowego na zewnątrz gruczołu. Jako przyczyny, bezpośrednio wywołujące martwicę, podawane są: uraz zupełnie zdrowej trzustki, kamienie w przewodzie trzustkowym, zatkanie czopem śluzowym przewodu trzustkowego, kamienie żółciowe uwięzłe w uchyłku Vatera, zrosty w okolicy dwunastnicy, wywołujące ściągnięcie jej ku dołowi, wreszcie kwaśny nieżyt żołądka. Dość często obok martwicy tkanki tłuszczowej trzustki znajdujemy wylew krwawy w trzustce. W przypadku Sławińskiego właśnie taki wylew był w ogonie trzustki. Większość autorów uważa to obecnie za sprawę wtórną i oznacza nazwą martwicy krwotocznej. Co do powstawania odległych pojedynczych ognisk martwiczych w sieci, krezce i t. p., to podług Payra i Martina wytwarzają się one zwykle w okolicy żył wskutek przedostawania się komórek uszkodzonej trzustki do krwi i limfy; komórki te tworzą zatory, a znajdujący się w nich ferment rozwija na miejscu swą działalność i wywołuje na bardzo małej ograniczonej przestrzeni martwicę.

Sławiński podał przebieg kliniczny przypadku **ostrego krwotocznego zapalenia trzustki** (pancreatitis haemorrhagica acuta). 52-letni lekarz miewał oddawna zaburzenia jelitowe. 1. XI. r. b. po przejedzeniu się dostał silnego bólu w lewej połowie nadbrzusza z jednoczesnem zatrzymaniem stolca i wiatrów. Wobec coraz bardziej dojmującego bólu w lewem podżebrzu i wzdęcia brzucha chory rozpoznał u siebie skręt esicy i przyjechał nazajutrz, domagając się operacyi. Stwierdzono wówczas ciężki stan ogólny, lecz bezgorączkowy, sinicę głowy i kończyn, tętno nikłe, obok dominujących objawów niedrożności jelit i wzdęcia brzucha, ciągłych zwracań, stałego bólu w brzuchu oraz braku stolca. 2. XI. wieczorem Sł. dokonał operacyi, która wykryła, co następuje: W jamie brzusznej płyn surowiczo-krwawy; sieć wielka bardzo gruba i sztywna; jelito cienkie wzdęte, lecz nieznacznie i nierównomiernie (obok odcinków wzdętych leżą pętle nierozszerzone); kiszka gruba, żołądek, wyrostek robaczkowy i pęcherzyk żółciowy prawidłowe; w krezce okrężnicy poprzecznej wybroczyny, najrozleglejsze z lewej strony, gdzie wyczuwa się zarazem w głębi, poprzez krezkę, guz kulisty, wielkości śliwy, twardy, nieruchomy; nadto na otrzewnej krezki uwidoczniały się na sinem tle wybroczyn drobne jakby ziarenka, szarobiałe, wystające, twarde, wielkości łebka od szpilki i mniejsze, gęsto rozsypane; takież ziarna znajdowały się i w krezce jelita czczego, na kałdunkach esicy, na tylnej powierzchni sieci, lecz nie było ich widać na samych kiszkach. Na mocy tych danych rozpoznano wylew krwawy do ogona trzustki z następczą martwicą tkanki tłuszczowej i wobec ciężkiego stanu chorego postanowiono poprzestać na wprowadzeniu worka z gazy i tamponów oraz częściowo zaszyć powłoki. W kilka godzin po operacyi obfity stolec i wiatry, co jednak nie usunęło dotkliwego bolu w podżebrzu. Nazajutrz wybitna sinica głowy, kończyny chłodne, duszność, ból ciągły, tętno ginące i zgon w 40 godzin po operacyi.

3) Sławiński przedstawił chorego po dokonanej przed 2 tygodniami resekcyi kątnicy i części krętnicy z powodu **gruczolaka złośliwego kątnicy** (adenoma malignum

coeci). 50-letni mężczyzna od dłuższego czasu miewał bóle w brzuchu, nie umiejscowione ściśle i niezależne od jedzenia; wychudł i osłabł przy bardzo ścisłej dyecie. Przed kilku miesiącami spostrzeżono guz w okolicy pępka, lecz wówczas chory nie zgadzał się na operacyę. Badanie rentgenograficzne po wprowadzeniu kaszy bizmutowej wykryło przed kilku tygodniami zmiany konturu żołądka, określone przez lekarza-rentgenologa jako rak krzywizny większej żołądka (pokaz odbitek fotograficznych z wypisanem rozpoznaniem »carcinoma ventriculi«). Badanie kliniczne uwydatniło guz walcowaty, około 15 cm długi, położony poprzecznie ponad pępkiem i na lewo od niego, o niewyraźnych granicach, miękko-sprężysty, łatwo przesuwalny we wszystkich kierunkach i dający się ściągnąć aż do spojenia. Wobec braku wszelkich objawów żołądkowych oraz stwierdzonej nadkwaśności treści żołądkowej, rozpoznanie nasuwało wątpliwości pomimo danych rentgenograficznych. Operacyę wykonał S. w znieczuleniu miejscowem nowokainą ze względu na osłabienie chorego, i zastosował cięcie poprzeczne ponad pępkiem, poprowadzone na guz. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że żołądek nigdzie nie jest zmieniony, daje się łatwo wyłonić, również jak okrężnica poprzeczna, w której wyczuwa się guz; ściana okrężnicy poprzecznej zgrubiała, na błonie surowiczej zrosty błoniaste, unaczynione; wyczuwany poprzez ścianę guz dajc się łatwo wypchnąć na prawo i na dół, i wtedy się uwydatnia, że jest to wgłobienie części krętnicy, kątnicy i okrężnicy wstępującej w poprzeczną (invaginatio ileo-coeco-colo-colica); w kątnicy wyczuwa się i uwidacznia guz twardy, obejmujący pierścieniem jej światło, przepuszczający jednak swobodnie palec (poprzez ścianę), wyrostek robaczkowy wciągnięty swą podstawą w guz. Po podwiązaniu krezki przecięto krętnicę i okrężnicę wstępującą, łącząc ich światła zespoleniem bocznem, guz usunięto; powłoki brzuszne zaszyto warstwami; zagojenie doraźne. W przeciągu 2 tygodni po operacyi choremu przybyło 10 funtów, dawne dolegliwości znikły.

S. przedstawia ten przypadek, 1) jako przykład błędnego rozpoznania rentgenicznego (nie jest to zresztą przykład oderwany; S. operował niedawno zropiałego bąblowca wątroby, gdzie kilkakrotne badanie rentgeniczne wykrywało obrazy, jakoby typowe dla raka odźwiernika); 2) w celu poglądowego przedstawienia zalet cięć poprzecznych brzucha oraz operowania bez usypiania: chory nie wymiotował, mógł odżywiać się odrazu, a blizna pooperacyjna nie wypukla się wcale.

Badanie anatomo-patologiczne (L. Paszkiewicz) wykryło gruczolaka złośliwego kątnicy, na niewielkiej przestrzeni pierścieniowato ją obejmującego; na śluzówce rozległe, lecz płytkie owrzodzenia.

4) Sławiński: **O ostrem ograniczonem zapaleniu kiszki grubej** (colitis acuta circumscripta). Wykład swój S. oparł na podstawie dwu przypadków, dotyczących młodych kobiet, 16 i 17-letniej. U jednej i u drugiej powstał nagle guz w prawej połowie brzucha — rozpoznany raz jako skręcona torbiel jajnika, drugi jako zapalenie wyrostka robaczkowego, — z gorączką i bólem. Guzy owe zmniejszały się stopniowo, przy ciągłym jednak stanie podgorączkowym. Operacya, podjęta już »na zimno«, wykryła rozrosty błoniaste, unaczynione, na błonie surowiczej okrężnicy — w jednym przypadku na wstępującej, w drugim na poprzecznej, przy zupełnie niezmienionych wyrostkach robaczkowych oraz innych narządach jamy brzusznej. W piśmiennictwie istnieją opisy podobnych przypadków, operowanych w okresach początkowych, i na ich podstawie można odtworzyć obraz danej sprawy. Ściana okrężnicy przedstawia ostry stan zapalny; na śluzówce wyciętej do zbadania kiszki uwydatniały się niekiedy nadżarcia i owrzodzenia bez wszelkich cech spraw zapalnych swoistych, a nawet i przedziurawienia. Sprawa sadowi się najczęściej w kątnicy, wyrostek zaś robaczkowy może podlegać jednocześnie takim samym zmianom, lub też bywa zupełnie prawidłowy; jest to zatem nieuznawane dotychczas ostre zapalenie pierwotne kątnicy (typhlitis primaria acuta). Z klinicznych opisów wynika, że podlegają tej sprawie przeważnie osoby młode i dzieci i że rozpoznawana ona bywa najczęściej jako zapalenie wyrostka. Istota cierpienia jest jeszcze nieznana. Okoliczność, że zdarza się ono przeważnie u osób młodych, których tkanka limfatyczna szczególnie jest wrażliwa, oraz że sadowi się właśnie tam, gdzie tej tkanki jest najwięcej, nasuwa przypuszczenie o specyalnej jej roli w tej sprawie. T. Borzęcki.

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Dr Karpińska (Kraków) zdaje sprawę ze swych doświadczeń, robionych z podnietami tak zw. wyższemi kojarzeniowemi, gdyż chodziło o stwierdzenie znaczenia wychyleń galwanicznych, jako cechy kompleksowej przy skojarzeniach. Doświadczenia, wykonane przy użyciu różnych galwanometrów (Pletta, Deprez-d'Arsonvala, Einthowena i t. d.) dały ogólne wyniki jednakowo dodatnie, a mianowicie, że wychylenia galwanometru zależą od czynnika wzruszeniowego.

Dr Zylberlastówna (Warszawa) podaje wyniki badań, przeprowadzonych na szeregu chorych umysłowych. Badania te miały na celu rozstrzygnięcie pytania, czy dla rozmaitych grup chorobowych odchylenia galwanometru są charakterystyczne. Patognomiczną okazała się reakcya psychoelektryczna dla porażenia postępowego.

W dyskusyi Prof. Dr Cybulski zaznacza, że sam fakt zależności zmian somatycznych od stanów psychicznych jest znany już oddawna. Co się zaś tyczy stałości występowania zmian prądu przy pewnych wrażeniach, to zależą one, jak sądzi mówca, od zwiększonego ucisku rąk na elektrody, wywołanego chwilowem zahamowaniem stanu tonicznego mięśni, oraz od zmian polaryzacyjnych na elektrodach; dlatego też otrzymuje się tylko wzrost prądu, nigdy natomiast nie spostrzegano jego zmniejszania się.

Prof. Dr Heinrich zwraca uwagę, że metoda ta jest zbyt ciasną, aby mogła stać się środkiem do dokładnego analizowawania zjawisk psychicznych lub nawet odpowiedników, w psychice istniejących dla zjawisk fizyologicznych.

Dr Zylberlastówna podaje w wątpliwość przypuszczenie, jakoby w zjawiskach psychoelektrycznych zmiany napięcia mięśni grały rolę rozstrzygającą, gdyż czas utajony reakcyi psychoelektrycznej, dochodzący do 15'', nie może zależeć od prądu inerwacyjnego mięśni.

Dr Chłapowski przypuszcza, że każdy akt woli połączony jest z ruchem mięśni, które to ruchy mogą wpływać na wychylanie się galwanometru.

Dr Rydel sądzi, że wychylenia galwanometru zależą nawet przy wyobrażeniu sobie pewnych zjawisk od ruchów mięśniowych, których wynikiem jest zmiana siły prądu. Rozstrzygającą byłaby zgodność wyników, otrzymanych w doświadczeniu psychoelektrycznem i asocyacyjnem; tak jednak nie jest.

Prof. Dr Heinrich przypomina, że odczyny ruchowe towarzyszą wszelkim wyobrażeniom.

Dr Mikulski sądzi, że w przypadkach osłupienia (stupor) katatonicznego ta metoda badania byłaby najścislejszą dla stwierdzenia obecności wzruszenia, jako odczynu na bodźce zewnętrzne.

Dr Nunberg rozpatruje kryterya, dozwalające stwierdzić, że galwanometr jest wskaźnikiem afektu. Do nich należą: doświadczenie kojarzeniowe, zmiany w oddychaniu i introspekcya. Niewątpliwie mają pewne znaczenie i ruchy mimowolne, co wykazały doświadczenia z aparatem Sommera.

Doc. Dr Radecki przypomina, że zjawiska psychoelektryczne występują stale podczas użycia elektrod płynnych (ucisk?) oraz apolaryzacyjnych (polaryzacya?). Stały wzrost prądu zależy od wzmagania się przewodnictwa ciała, dzięki niektórym objawom somatycznym stałym przy wszystkich wzruszeniach. Metoda ta temsamem ujawnia wzruszenie jedynie ilościowe i jako taka znajduje zastosowanie w psychologii. Przypadkowa niezgodność doświadczenia asocyacyjnego z galwanometrycznem może w rzadkich przypadkach, gdzie się zjawia, zależeć od czynników wtór-

nych. W końcu prelegent streszcza te punkty przemówień poprzednich, w których mówcy uznali za wskazane stosowanie metody.

Tematem V posiedzenia Zjazdu była **sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologii i psychiatryi.**

Wykład pierwszy wygłosił doc. Dr Hornowski (Lwów). Wykład dotyczył danych z anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej gruczołów z wewnętrznem wydzielaniem, mających związek z chorobami nerwowemi i umysłowemi. Związek ten, na który wskazują liczne spostrzeżenia kliniczne i wyniki lecznicze, jako też niedokładna znajomość anatomopatologicznych zmian i stosunków, skłoniły prelegenta do omówienia pokrótce budowy każdego gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu w stanie prawidłowym i patologicznym. Na podstawie tych danych prelegent wykazuje, jakie elementy i komórki gruczołowe należy uważać za czynne, kiedy należy mówić o zwiększonej lub zmniejszonej czynności danego gruczołu, wreszcie objaśnia zmiany histologiczne w gruczołach, spotykane przy różnych chorobach nerwowych i umysłowych. Wykład dopełnia szereg rysunków, barwnych tablic, preparatów makroskopowych i mikroskopowych z zakresu schorzeń szyszynki, przysadki mózgowej, grasicy, gruczołów przytarczycznych, tarczycy i nadnerczy.

Prof. Dr Popielski (Lwów) omawia następnie sprawę wydzielania wewnętrznego, opierając się na licznych własnych doświadczeniach, i dochodzi do wniosków następujących: Teorya hormonów niema żadnego uzasadnienia, gdyż w wyciągach różnych narządów nie spotykamy ciał swoistych dla każdego z nich, ale ciała znajdujące się we wszystkich narządach; są to wazodylatyna i wazohypertenzyna. Adrenalina, obecna w wyciągach z nadnerczy, we krwi się nie znajduje, jakby to być powinno, gdyby była ona wydzieliną nadnerczy. Tarczyca, podawana chorym z hypofunkcyą tego gruczołu, działa skutecznie bynajmniej nie dzięki swej wydzielinie, gdyż działają w takich przypadkach dobrze i inne ciała, jak tyreoidyna, jodtyreoglobulina; jednak ta ostatnia przestaje działać, jeżeli pozbawimy ją jodu. Wycięcie grasicy, przysadki mózgowej i tarczycy dają prawie te same objawy; wycięcie szyszynki nie daje żadnych zmian. Wydzieliny wszystkich narządów, dostając się do krwi, stwarzają warunki dla prawidłowych czynności całego ustroju, nie wywierając żadnego swoistego wpływu na jakikolwiek inny narząd.

Doc. Dr Orzechowski (Lwów) mówił o związku chorób nerwowych z wewnętrznem wydzielaniem. W badaniach swych posługiwał się nową metodyką. Pewna swoista konstytucya osobników jest wyrazem swoistego układu sił funkcyonalnych w systemie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Kombinacye chorób nerwowych z chorobami wydzielania wewnętrznego i innemi, których tło gruczołowe jest prawdopodobne, badania zachowania się wobec jadów wybiórczych, ścisłe badania krążenia, uprawniają do wyciągnięcia określonych wniosków. Tak np. myotonię i myastenię uważać należy za schorzenie wielogruczołowe, w przeciwieństwie do chorób: Basedowa, Addissona i tężyczki, które są jednogruczołowemi. Wreszcie podał prelegent cały szereg chorób nerwowych, należących do jednej z wyżej wymienionych grup.

W dyskusyi zabierali głos:

Dr Pański, który zapytuje, jaką rolę gra przysadka mózgowa w powstawaniu choroby cukrowej, jeżeli w przysadce są obecne tylko komórki chromofobne? Jaka jest rola komórek eozynochłonnych w przysadce, jeżeli powiększenie się ich liczby spotyka się i przy akromegalii i u normalnych ludzi? Od czego zależy powiększenie przysadki w czasie ciąży? Ponieważ powiększenie gruczołu niezawsze jest wyrazem hyperfunkcyi, przeto nie może być ono wskazaniem do operacyi.

Dr Rosenthal uważa za pytanie zasadnicze, czy zwiększoną ilość ziarnistości lipoidalnej w protoplazmie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu można uważać za bezwzględne kryteryum hyperfunkcyi.

Dr Flatau zaznacza, że droga, którą poszedł w swych badaniach Dr Orzechowski, a której dał początek Lundborg, może być z czasem bardzo płodna w wyniki. Dalej, stojąc na stanowisku ściśle klinicznem, rozważa wpływ leczniczy gruczołów wewnątrzwydzielniczych, który niewątpliwie został stwierdzony i sądzi, że jedynie drogą dalszych eksperymentów da się stworzyć taką teoryę wydzielania wewnętrznego, która obejmie wszystkie sprzeczne z obecnemi hypotezami fakty, których klinika dostarczy coraz więcej.

Prof. Dr Cybulski jest zdania, że sprawa wewnętrznego wydzielania specyalnych gruczołów jest według dzisiejszego stanu nauki tylko szczególnym przypadkiem innego, obszerniejszego zjawiska, a mianowicie zjawiska korelacyi narządów, i to nie na drodze nerwowej, ale za pośrednictwem tych produktów, które w czynności różnych narządów biorą swój początek. Ustrój stanowi całość wysoce zorganizowaną. Jakiekolwiek są zapatrywania na czynności nadnerczy, nikt nie zaprzeczy temu, że substancye, które w nich powstają, są niezbędne dla prawidłowej czynności narządu nerwomięsnego, a także serca i oddychania. Według mowcy, doświadczenia Prof. Popielskiego właśnie stwierdzają, że nadnercza wytwarzają adrenalinę, gdyż lekkie głaskanie ich, emocye, podwiązanie aorty i następowe jej rozluźnienie, wywołują zjawianie się adrenaliny we krwi. W miarę nowych prac i badań z tego zakresu będziemy się przekonywać o coraz ściślejszej zależności jednych narządów od drugich.

Dr Koelichen wyraża przypuszczenie, oparte na licznych faktach stwierdzonych klinicznie, że w zakres chorób, które za przyczynę swą mają zaburzenia w chemizmie soków ustroju, wejdą z czasem takie jednostki chorobowe, jak nerwice pochodzenia psychicznego (psychogen).

Dr Męczkowski sądzi, że w sprawie wydzielania wewnętrznego istnieje tendencya do zbytniego rozszerzania nowych teoryi. Badania powinny być prowadzone w różnych kierunkach; zwłaszcza badania chemiczne przemiany mineralnej wykryłyby prawdopodobnie wiele nowych faktów. Doświadczalnie stwierdzono, że sole wapniowe odgrywają ważną rolę w regulowaniu stanów podrażnienia i hamowania układu nerwowego; prócz tego hamują one czynności protoplazmy, zaś sole sodowe pobudzają je. Regulatorem przemiany soli wapniowych są gruczoły przytarczyczne. Że jednak bez udziału nerwowego gruczoły wpływu swego ujawnić nie mogą, dowodem jest fakt bardzo bogatego ich unerwienia.

Dr Sycianko nawiązuje doświadczenia, wykonane w szkole Bechterewa w Petersburgu nad wpływem soli wapniowych i sodowych, wstrzykiwanych psom, z których pierwsze wywołują objawy myasteniczne, a drugie je znoszą, do poglądów, wygłoszonych przez Dr Orzechowskiego, zaznaczając, że szkoła petersburska skłonna jest uznać za główną przyczynę myastenii hyperfunkcyę gruczołów przytarczycznych, bez wyraźnego udziału innych gruczołów.

Prof. Dr Bochenek zwraca uwagę na to, że swoistość budowy gruczołów zdaje się wskazywać zarazem i na swoistość ich funkcyi. Zapytuje dalej, czy Prof. Popielski uważa wazodylatynę za wydzielinę komórek, czy też za produkt ich rozpadu.

Dr Szymanowski zaznacza, że działanie wazodylatyny nie jest identyczne ze wstrząsem anafilaktycznym, czego dowiodły odpowiednie badania.

Dr Rydel zapytuje, jak wytłomaczyć fakt, stwierdzony u chorego na akromegalię, u którego po wycięciu przysadki objawy chorobowe ustępować zaczęły dopiero po równoczesnem podawaniu tyreoidyny i hypofizyny.

Dr Bornstein nie sądzi, aby kiedykolwiek choroby nerwowe takie, jak histerya, nerwica lękowa, mogły być uważane za nie-psychopochodne, gdyż czynnik leczniczy, otrzymany na drodze psychoterapii, odgrywać będzie zawsze rolę rozstrzygającą. Jedynie zespół badań psychologicznych, anatomopatologicznych i chemicznych pozwoli zbliżyć się do właściwego wyjaśnienia przyczyn tych chorób.

Doc. Dr Hornowski, odpowiadając kolejno na pytania i zarzuty, przypuszcza, że cukromocz o tyle zależeć może od przysadki mózgowej, że jej wydzielina, dostając się do płynu mózgowo-rdzeniowego, drażnić może w IV komorze punkt Claude-Bernarda. W ciąży istnieje rzeczywiście większa ilość komórek eozynochłonnych w przysadce. Kryterya, które za życia pozwoliły mówić o zwiększonej lub zmniejszonej czynności danego gruczołu, są sprawą nie anatomopatologiczną, ale czysto kliniczną. Że nadnercza wydzielają adrenalinę, dowodzą tego doświadczenia, wykonane przez szereg autorów, a polegające na wycinaniu tych gruczołów. Adrenalina wpływa bardzo wybitnie na układ współczulny, czego dowiodły doświadczenia embryologiczne. Badania Batelliego, Meyera i wielu innych dowiodły niezbicie obecności adrenaliny nawet w naczyniach obwodowych, ilość jej we krwi wynosi według Biedla 1·14 całej ilości wydzielanej. Związek adrenaliny z układem chromochłonnym nie ulega dziś żadnej wątpliwości.

Prof. Dr Popielski nie zgadza się z poglądem, wygłoszonym przez Doc. Hornowskiego, jakoby wydzielina grasicy hamowała działanie układu współczulnego, czego skutkiem jest obniżenie ciśnienia krwi. W grasicy, jak i w każdym innym narządzie, istnieją dwa ciała: wazodylatyna i cholina, z których pierwsza rzeczywiście wywołuje rozszerzenie naczyń i jednocze-

śnie i niekrzepliwość krwi. Żadne z tych ciał jednak nie jest wydzieliną grasicy, gdyż otrzymuje się je z roztartego narządu. Każdy narząd daje wydzielinę do krwi, ale żadna z tych wydzielin nie posiada działania swoistego, jedynie tylko tworzy pewien skład krwi. To, że po wstrzyknięciu adrenaliny żabie, pozbawionej nadnerczy, przedłuża się jej życie na kilka godzin, tłomaczy mowca wpływem adrenaliny wyłącznie na czynność serca. Co do tłomaczenia wstrząsu anafilaktycznego, któremu oponował Dr Szymanowski, prelegent dodaje, że jest on identyczny z działaniem wazodylatyny; wazodylatyna działa jednak nie sama przez się, ale zapomocą ciała, wytwarzającego się w osoczu krwi. Stwierdzenie przez wielu autorów adrenaliny we krwi polega na błędzie, popełnionym przez nich w metodyce. Szyszynkę można usunąć bez żadnych widocznych zaburzeń dla ustroju.

VI. posiedzenie Zjazdu wypełniły luźne odczyty.

Dr Radziwiłłowicz (Warszawa) w odczycie swym **o projekcie nowego szpitala — kolonii dla umysłowo chorych pod Warszawą** podnosi punkty sporne lub wątpliwe współczesnego budownictwa psychiatrycznego. Szpital dla umysłowo chorych powinien obejmować część zamkniętą i otwartą, urządzenia opieki rodzinnej; system pawilonowy powinien być połączony z blokowym. Powinny być oddzielne pawilony dla gruźliczych i oddział dla zakaźnych chorych. Zniesienie odosobniania chorych z powodów psychicznych uważa prelegent za palącą sprawę doby dzisiejszej w psychiatryi. Prócz tego podnosi szereg ważnych punktów z zakresu bezpieczeństwa i sanitarnych stosunków, niezbędnych przy nowoczesnych urządzeniach szpitalnych.

Doc. Dr Mazurkiewicz (Kraków-Kobierzyn) mówi **o stanie opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi**, porównawczo do innych krajów i zaborów, wykazując te braki, które w blizkiej przyszłości powinny być uzupełnione wspólnemi siłami społeczeństwa, gmin, kraju i państwa. Prócz tego zaznajamia zebranych z planami i zasadami, według których buduje się szpital dla umysłowo chorych w Kobierzynie.

(Dok. nast.).

Ustawa o chorobach zakaźnych.

Przed tygodniem dostał się nareszcie projekt ustawy o chorobach zakaźnych w drugiem czytaniu pod obrady Izby posłów parlamentu austryackiego i został przez nią uchwalony w tej prawie formie, jaką projektowi nadała ostatecznie komisya sanitarna, z odrzuceniem wielu poprawek, zgłoszonych przez posła Lasockiego i tow. jako wnioski mniejszości, a popieranych przez Koło polskie. Pozostaje jeszcze akt ostatni, uchwalenie projektu w trzeciem czytaniu, które ma się odbyć 10 lutego b. r.

Komisya sanitarna parlamentu, do której projekt trzykrotnie z Izby odsyłano, słuszne w swem sprawozdaniu wyraża zdumienie, że przecież wszystkie kluby i stronnictwa parlamentarne przez swych przedstawicieli w komisyi miały dość czasu i sposobności do poprawek, a zgłosiły je dopiero teraz, i piętnuje przez to marnowanie czasu i pracy z winy tych, którzy dopiero teraz wystąpili z wnioskami mniejszości. Zarzut to uzasadniony, a tem przykrzejszy, że nasze sfery lekarskie i Wydział krajowy galicyjski już przed 4 laty spełniły swój obowiązek i uczyniły wszystko, co potrzeba, aby projekt ustawy bez szkodliwej dla rzeczy zwłoki mógł być stosownie do interesów naszej ludności poprawiony i że bardzo ważne zmiany zostały dzięki temu w końcu uzyskane za staraniem ówczesnego członka komisyi sanitarnej, obecnie marszałka kraju, JE. Gołuchowskiego. Gdzież byli wówczas ci, którym wnioski, zawarte w memoryale Wydziału krajowego z r. 1909 i uzyskane na tej podstawie zdobycze, wydały się nagle w ostatnich miesiącach niewystarczające, a wady poprawionego już projektu tak wielkie, że dały podstawę do wniosku, aby głosować w trzeciem czytaniu w razie odrzucenia poprawek posła Lasockiego wogóle przeciw ustawie, do wniosku, którego Koło polskie nie zawahało się niestety uchwalić.

Zdawałoby się, że jeżeli kto powinien przedewszystkiem starać się o jaknajszybsze wejście w życie ustawy o chorobach zakaźnych, to właśnie przedstawiciele tego kraju, dla którego ustawa taka jest najpotrzebniejsza. Stało się wręcz przeciwnie... chociaż prostą jest rzeczą, że ustawa, nawet niezupełnie doskonała, zawsze lepszą będzie, niż brak wszelkiej ustawy. Toteż, choć może autorowie »wniosków mniejszości« najlepszemi kierowali się chęciami, niemniej dziś — po odrzuceniu tych wniosków — pragnąć należy, aby ustawa i w trzeciem czytaniu uzyskała w parlamencie większość, wbrew stanowisku, zajętemu w ostatniej uchwale przez Koło polskie.

Komisya sanitarna parlamentu poczyniła w projekcie ustawy przy ostatecznem jego opracowaniu zmian niewiele, jednakże ważnych. I tak, aby usunąć obawy, że zakres ustawy może być dowolnie nadmiernie rozszerzony, przez co na uboższe gminy spadłby nadmierny ciężar, skreśliła komisya § 6., orzekający, że wszelkie władze (a więc i gminne) powinny wszelkimi środkami starać się o zarządzenia i urządzenia, mogące zapobiedz powstawaniu i szerzeniu się chorób nagminnych. Dalej, uwzględniając interesa przemysłowców i rękodzielników, dodano w § 20 zastrzeżenie, że zamknięcie przedsiębiorstw przemysłowych może nastąpić tylko w razie bardzo wielkiego niebezpieczeństwa epidemii. W § 21. usunięto (niestety) »obowiązek« oznaczania mieszkań, w których jest choroba zakaźna, pozostawiając tylko »możność« oznaczania takich mieszkań. W § 33. wyraźnie zaznaczono, że odszkodowanie za utratę zarobku przysługuje także niezamożnym drobnym rolnikom, rękodzielnikom, kramarzom. W § 36 — z niemałą dla naszych warunków korzyścią — dodano wyraźnie, że rząd ma gminom uboższym, zwłaszcza na pograniczu państwa, przychodzić z pomocą pieniężną w zwalczaniu epidemii. Dalej zmniejszono stopę grzywien i kar za przekroczenie ustawy (§ 39—40) pod naciskiem różnych obrońców »wolności osobistej« (i »naturalnego leczenia«!) bardzo znacznie (najwyżej 600 kor. grzywny, dwa miesiące aresztu). Te poprawki zostały przez parlament w drugiem czytaniu przyjęte.

Co do owych wniosków mniejszości, przedstawionych przez pos. Lasockiego, a odrzuconych w drugiem czytaniu przez Izbę posłów, to należy odróżnić wśród nich dwie grupy. Jedną stanowią wnioski, zmierzające do zmniejszenia ciężarów, które ustawa nałoży na gminy, jakoto wnioski o to, aby z urzędu przeprowadzone odkażenie odbywało się kosztem państwa, aby skarb państwa pokrywał również koszta utrzymania osób odosobnionych, koszta utworzenia i utrzymania szpitali barakowych, koszta personalu szpitali. Są to wnioski, zgodne z postulatami naszej ankiety i z memoryałem Wydziału krajowego [1]). Tutaj istotnie szkoda, że wnioski te przepadły. Opierał się im stanowczo rząd ze względów finansowych.

Natomiast druga grupa wniosków mniejszości jest tego rodzaju, że odrzucenie ich przez parlament trzeba ze stanowiska sanitarnego uznać za szczęście. Były to bowiem między innymi takie wnioski, jak, aby obowiązkowi donoszenia podlegały tylko: cholera, mór, ospa, dur osutkowy, żółta febra i trąd (a więc ani dur brzuszny i czerwonka, ani płonica i błonica, ani nagminne zapalenie opon i t. d.) i — nie dość na tem — aby skreślić ustęp ustawy, dozwalający rozciągnąć obowiązek donoszenia także na inne choroby zakaźne (!); dalej, aby nie było można ograniczać używania źródeł, studzien i t. p., jak tylko wobec wspomnianych 6 chorób; aby znacznie ograniczyć możność odosobniania chorych i t. p. A na uzasadnienie takich wniosków przytoczono jeden argument: że takie przepisy »mogłyby łatwo dać podstawę do przesadnych zarządzeń, a czasem nawet szykan« (!). Zdaniem wnioskodawców nie można lekarzom oddawać w ręce tak ogromnej i »strasznej« władzy, jakąby im dała ustawa według projektu, uchwalonego przez komisyę. O ironio! Wszak jednym z dotkliwych braków ustawy jest właśnie to, że nie zapewnia ona lekarzom w dostatecznej mierze tej skali działania, którą dla skutecznej walki z epidemiami wskazują nauka i doświadczenie jako konieczną. Prócz tego domagała się mniejszość, aby ustawa objęła także gruźlicę i kiłę, nie licząc się zgoła z tem, że obie te klęski społeczne nie dadzą się podciągnąć pod przepisy, zastosowane do ostrych chorób zakaźnych. W całej tej drugiej grupie wniosków mniejszości i w przyjęciu jej przez Koło polskie odbija się wyraźnie fatalny wpływ tej okoliczności, że wśród polskiej reprezentacyi parlamentarnej niema ani jednego fachowego znawcy spraw sanitarnych. Niepodobna bowiem przypuścić, aby głos jego nie był uchronił wnioskodawców mniejszości od zboczenia na manowce w zakresie zagadnień czysto fachowych i aby nie był zapobiegł zbyt pochopnemu przyjęciu wszystkich wniosków mniejszości przez Koło polskie. C.

[1]) Porównaj »Przegląd lekarski« 1907 Nr 41—43 i 45—49, 1909 Nr 10—12, 1911 Nr 18, 1912 Nr 31.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 6. II. 1913 posiedzenie, na którem prof. Lewkowicz przedstawił chorych z kliniki chorób dzieci; Dr Zubrzycki chorą z kliniki położniczo-ginekologicznej; prof. Rosne: wygłosił wykła: »Ciąża a gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu«. W dyskusyi przemawiali prof. Braun, Dr Hirsch, prof. Cybulski i Dr Szymanowski.

— Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu, odbytem 1. II. 1913 we Lwowie, sprawą zwalczania twardzieli w kraju, sprawą koncesyi na zakład wodoleczniczy w Brzuchowicach, budowy szpitala izraelickiego w Tarnowie, docentury higieny w Czortkowe, podwyższenia taks szpitalnych w Jarosławiu, Kołomyi, Przemyślu, Sanoku i Zaleszczykach.

— W d. 14 i 15 lutego b. r. odbędzie się we Lwowie doroczne Walne Zgromadzenie Związku lekarzy rządowych w Galicyi, na którem, oprócz załatwienia spraw administracyjnych i wyborów, odbędą się następujące wykłady: 1) Prof. Kucera: O współdziałaniu lekarzy rządowych z państwowemi stacyami doświadczalnemi w zwalczaniu chorób zakaźnych. 2) Doc. Reiss: Znaczenie społeczne higieny oka. 3) Dr Friedberg: Lekarz rządowy jako znawca przy komisyi poborowej i jego zakres działania w myśl nowej ustawy wojskowej. 4) Zbiorowy wykład Dr Starzewskiego, dyrektora szpitala powszechnego, pp. Kamienobrodzkiego, architekta Wydziału krajowego i Rydzewskiego, inżyniera budowy, w sprawie pawilonów dla chorób zakaźnych we Lwowie, połączony ze zwiedzeniem pawilonów. Oprócz tego zwiedzą uczestnicy Zjazdu sanatoryum w Hołosku.

— Akademia Umiejętności w Krakowie ogłasza, co następuje: »Autorowie prac, przedstawionych Wydziałowi matematyczno-przyrodniczemu Akademii Umiejętności w Krakowie, nadsyłają je zazwyczaj na krótki czas przed datą posiedzenia Wydziału, niekiedy nawet w ciągu ostatnich dni, poprzedzających tę datę, wyrażając zarazem niejednokrotnie życzenie, ażeby prace przesłane były przedstawione (i decyzya o ich ogłoszeniu powzięta) na najbliższem posiedzeniu Wydziału. Wydział matematyczno-przyrodniczy dokłada starań w celu, ażeby czynności, połączone z rozbiorem prac mu składanych, odbywały się bez nieuzasadnionej zwłoki. Wydział uprasza jednakże pp. Autorów, ażeby w tych czynnościach nie żądali pośpiechu, który musiałby okazać się w skutkach szkodliwy. Na posiedzeniu w dniu 7 stycznia 1913 r. Wydział ustanowił w tym względzie, jako zasadę ogólną, regułę następującą: Prace, otrzymane przez sekretaryat Wydziału później, aniżeli dnia 20. któregokolwiek (niewakacyjnego) miesiąca, nie będą pomieszczane na porządku dziennym najbliższego posiedzenia, przypadającego w pierwszych dniach następującego miesiąca. Rygor ten nie obowiązuje prac członków Wydziału.

Wydział matematyczno-przyrodniczy uprasza zarazem pp. Autorów, ażeby zechcieli zwracać baczną uwagę na poprawność (obcego) języka, którym posługują się w rozprawach, przeznaczonych do Buletynów Wydziału. Jakkolwiek Wydział rozporządza pomocą znawców stosownych, nie może podejmować się jednakże poprawiania lub całkowitego przerabiania tekstu rozpraw, których redakcya nie czyni zadość zwykłym wymaganiom poprawności i wykończenia. Z podobną, lecz jeszcze bardziej usilną prośbą Wydział zwraca się do pp. Autorów prac polskich, które mu są przedstawione. Rękopisy tych prac świadczą niejednokrotnie o rosnącem niestety zepsuciu naszego języka naukowego. Wydział matematyczno-przyrodniczy przypomina, że obowiązkiem każdego posługującego się polską mową autora jest przestrzeganie prawideł języka, poszanowanie jego tradycyi, znajomość i opanowanie jego zasobów oraz form, które są mu właściwe. Wydział jest wreszcie zmuszony przypomnieć pp. autorom, że rękopisy prac nadsyłanych powinny być łatwo czytelne, jasne, zaopatrzone zawsze w podanie adresu autora i pod każdym względem w zupełności przygotowane do druku.

Dyrektor Wydziału: Edward Janczewski. Sekretarz Wydziału: Władysław Natanson«.

— Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii Umiejętności zawiadamia, że bieżący okres nagrodowy funduszu im. ks. Lubomirskich obejmuje lata: 1913, 1914, 1915. Postanowienie co do sposobu użycia nagromadzonych w ciągu trzechlecia odsetek zapadnie w początku 1916 roku, o ile możności dnia 7 lutego. Zgodnie z przepisem § II uchwały pełnego Zgromadzenia Akademii Umiejętności z dn. 27 listopada 1906 r., odsetki z funduszu im. ks. Lubomirskich płynące, po strąceniu 10% na cele tam wskazane, mają być używane a) na udzielanie nagród pieniężnych autorom i autorkom narodowości polskiej za samodzielne prace o rzeczywistej wartości naukowej z zakresu nauk przyrodniczych i lekarskich (z wyjątkiem prac ze ścisłej matematyki), napisane w języku polskim; b) na opędzanie kosztów wydania takichże prac z tego samego zakresu, przedłożonych w rękopisie i uznanych za odpowiednie. Według § VIII tejże uchwały wysokość nagród wynosić może od 1.000 do 3.000 koron (zob. Rocznik Akad. Umiejętności w Krakowie, rok 1906/7, Kraków 1907 str. 166). Dyrektor Wydziału: Edward Janczewski. Sekretarz Wydziału: Władysław Natanson.

— Zarząd Biblioteki Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Świetnemu miejskiemu Urzędowi zdrowia w Krakowie za 131 dzieł, darowanych Bibliotece Towarzystwa. Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dra Augusta Bukowskiego złożyli lekarze z Wadowic i powiatu wadowickiego na ręce Dr T. Bąkowskiego kwotę 74 kor. na fundusz wdów i sierót po lekarzach, a mianowicie Dr Bąkowski, Opydo, Żędzianowski, Tarchalski, Nikliborc i Rogalski po 10 kor., Dr Landau i Matlak po 5 kor.. Dr J. Zborowski 4 k.

— Stypendyum jednorazowe fundacyi Dr H. Fidlera, utworzone z uzyskanej na konkursie »Przeglądu lekarskiego« nagrody dla jednego słuchacza medycyny z Krakowa i jednego ze Lwowa, otrzymał w Krakowie na zasadzie wniosku »Bratniej pomocy medyków U. J.« p. J. Zwierz.

Z różnych stron. Porządek dzienny ogólnego dorocznego posiedzenia Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 25. I. (7. II) 1613 obejmował; 1) Dyskusyę z powodu odczytu Dr Huszczy o chorobach kesonowych. 2) Wykład ks. prof. Dr Trzebiaka: O zdrojowiskach galicyjskich (z obrazami niknącymi). 3) Wykład doc. Dr Noiszewskiego. Wstęp do nauki o czuciu. 4) Pokazy

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. I. do 1. II. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (obcych 5 † 1), krztuśca 2, ospy wietrznej 4, płonicy 8 † — (1 † —), odry 2, duru brzusznego 1 † — (1 † —). Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 27. I. do 3. II. 1913 przypadków: ospy 3, płonicy 2 † 1, duru wysypkowego — † —, róży 1.

Dr Trenkner.

Zmarli: Chirurg prof. Lantschner w Insbrucku, farmakolog prof. Mitlacher w Wiedniu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1913. (Dokończenie).

Przegląd chirurg. i ginekol. Zeszyt I. Tomu VIII. Życiorys profesora Ludwika Rydygiera. — Łepkowski: Wszczepianie zębów o złotych koronach w szczękę. — Mieczkowski: O guzach zapalnych brzucha. — Leśniowski: O zawęźleniu jelit cienkich.— Ostrowski: W sprawie operacyjnego leczenia nerki wędrującej.— A. Rydygier: Jak należy postępować wobec nowotworów esicy i odbytnicy. — Majewski: Leczenie chirurgiczne rozedmy płuc. — Zaorski: Przyczynek do operacyjnego leczenia raka prącia. — Kryński: W sprawie operacyi doszczętnych raka okrężnicy. — Ruff i Hornowski: Dwa przypadki szkliwiaka szczęki dolnej. — Nowicki: O stosunku chromaffiny do adrenaliny w nadnerczach. — Sawicki i Skłodowski: Pierwsze żebro piersiowe, naśladujące żebro szyjne.

Przegląd pedyatryczny, Tom IV. Z. 2, 3, 4. Bondy: Wymioty okresowe z acetonemią u dzieci. — Korybut-Daszkiewicz: O tak zwanych wymiotach okresowych u dzieci. — Gromski: Dwa przypadki choroby Rogera. — Gromski: Spirochaete scarlatinae Döhle. — Zembrzuski: Przyczynek do wrodzonych złośliwych nowotworów nerki. — Rieder: O wydzielaniu urotropiny w mleku kobiecem. — Jasiński: 1) Szpital dla dzieci w Lublinie. 2) Sprawozdanie I. z działalności szpitala dla dzieci w Lublinie za rok 1911. — Sprawozdanie za rok 1910 z działalności warszawskiego szpitala dla dzieci starozakonnych. — Kopeć: Prawdopodobne zatrucie aniliną, wessaną przez skórę.

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. Zesz. III. (1912). Simchowicz: Badania nad anatomią patologiczną otępienia starczego. — Osiński: Badania nad epidemią gorączki powrotnej w Warszawie w r. 1907 (dok.).

Postęp okulist. Nr 12 (1912). Ziemiński: Collyria oleosa.— Noiszewski: Jaki wpływ wywiera wycinanie tęczówki na ciałko rzęskowe.

Zdrowie Nr 1. W. Puławski. Zapobieganie chorobom zakaźnym wśród ludu w osadach i wsiach. — Themerson: Krzewienie kultury higienicznej przez szkoły początkowe.

Przegląd higieniczny Nr 1. Ogórek-Pankowa: Ubranie, moda i szkody zdrowia niemi wywołane.

Kronika dentyst. Nr 1. Hofung: Drobnoustroje ropocieku zębodołowego. — Zawidzki: Rys ortodentji nowoczesnej (c. d.).

Głos lekarzy Nr 1—2. Mikołajski: Konkursy na posady lekarskie. — Pawlicki: W sprawie partactwa leczniczego. — Połochajło i Mikołajski: O poprawę bytu lekarzy szpitalnych. — S. M.: Poświęcenie zakładu dla chorych zakaźnych. — Krewki adjunkt sądowy.

Słowo lekarskie Nr 1—2. Sprawozdanie Wydziału Związku krajowego lekarzy za r. 1912. — Walka między lekarzami a kasami dla chorych w Dolnej Austryi. — List z Pragi. — Dobry przykład. — Walne Zgromadzenie Związku krajowego lekarzy. — Siegel: Dziwni są ci ludzie!

Nasze Zdroje. Zeszyt I. zawiera artykuły od Redakcyi, Dr Westreicha i Łobaczewskiego w sprawach »Banku zdrojowisk«, oraz Dr Orłowicza: Plan rozwoju Zakopanego (dok.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 12. lutego 1913 o godz. 6 wieczór w klinice okulistycznej** (Kopernika 40). Na porządku dziennym: 1) R. dw. prof. Dr Wicherkiewicz: Wskazania operacyjne i technika sklerotomii własnego pomysłu (sclerotomia cruciata posterior). 2) Przedstawienie przypadków klinicznych. 3) Przedstawienie oftalmoskopu Gullstranda.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Dr Paul Korb. **Nowa modyfikacya leczenia tuberkuliną.** (Zeitschrift für Tuberkulose Nr 4. 1912).

Ogólne wrażenie wyników leczniczych, osiągniętych dotąd różnymi przetworami tuberkuliny, jest to, że każden z tychże zawiera obok skutecznych własności także trujące, uszkadzające organizm. Jeszcze żaden z licznych przetworów, wynurzających się prawie z roku na rok w kraju i zagranicą, nie zdołał zdobyć sobie trwałego i ogólnego uznania. Przy stosowaniu wszystkich przetworów spotyka się jeszcze w tak wysokich odsetkach brak działania, że nie zdołano osiągnąć rozpowszechnienia ogólnego.

Leczenie wapniem, które szczególnie w ostatnich czasach obudziło wrażenie z powodu wyraźnego wpływu i zniewoliło cały szereg autorów do sprawdzania ciekawych wyników, ma stanowić integralną część składową specyficznego leczenia chorób zakaźnych. Pobudce ze strony Hamburgera i Hekmy nie zdołano dotąd odpowiedzieć przy leczeniu gruźlicy płuc, gdyż brak było odpowiedniego połączenia calcium, nadającego się do celów leczniczych. Dopiero po sporządzeniu rozpuszczalnego połączenia wapnia Sanocalcin (cącium glycerolactophosphoricum) i stwierdzeniu możliwości połączenia go z pojedyńczemi surowicami leczniczemi, mamy widoki urzeczywistnienia żądań powyższych autorów. Firma Goedecke & Co., Lipsk, wprowadza na pobudkę prof. Dra Stickera w Berlinie do obrotu przetwór sanocalcinowo-tuberkulinowy, który to połączenie calcium zawiera rozpuszczony; (nadto szereg surowic w zawiesinie z sanocalcin). Połączenie to stanowi nową modyfikacyę leczenia tuberkuliną.

Nowy ten środek wydaje się w jałowych ampułkach jako 1% rozczyn. Każda ampułka zawiera 0,01 calc. glycero-lactophosphoric. z 0,005 tuberkuliny.

Korb przeprowadzał od mniej więcej roku doświadczenia z przetworem Sanocalcin-Tuberkulin w najrozmaitszych postaciach i stopniach gruźlicy płuc na wewnętrznym oddziale szpitala diakonis. »Bethanien« w Liegnitz i osiągnął bardzo korzystne wyniki.

Co do dawkowania rozpoczynano u wszystkich chorych dawką początkową 0,00005—0,0001. W tym celu rozcieńczano zawartość ampułki (1 cm^3) 10 cm^3 rozczynu soli kuchennej (0.85%) i używano z tego 1 względnie 2 podziałki. Przy każdem nowem wstrzyknięciu zwiększano dawkę w dwójnasób, w końcu do 0,01 i wyżej. Wstrzykiwania przedsiębrano w odstępach 2 lub 3 dni, częścią w mięśnie grzbietu pomiędzy łopatkami, częścią w uda wzgl. podudzia, wyjątkowo także w przedramię. Naturalnie przestrzegano przytem ściśle wszelkich zasad aseptyki.

Wszyscy chorzy pozostawali w leczeniu przez czas dłuższy, przeważnie przez kilka miesięcy.

Ze ściśle spostrzeganych przypadków wynika, że kombinacya nowego przetworu calcium z tuberkuliną zupełnie dobre oddaje usługi. Podczas gdy przy dawniej używanem stosowaniu starej tuberkuliny ciepłota w pojedynczych przypadkach często znacznie się podnosiła, to przy stosowaniu Sanocalcin-Tuberkulin nietylko nie spostrzegano najmniejszych wzniesień ciepłoty, lecz gorączki istniejące przed rozpoczęciem leczenia częstokroć bezpośrednio opadały. Hr. W.